

① こちらをタップ(クリック)してください
(お申込みページが開きます)



お申込みはこちら ➤

骨粗しょう症検診受診申込み

入力状況

0%

[利用規約](#)  をお読みのうえ同意して、回答を開始してください。



利用規約に同意する 必須

回答を開始する

② こちらにチェックを入れて、
「回答を開始する」をタップしてください。

回答入力フォーム

骨粗しょう症検診受診申込みフォーム

氏名 必須

豊岡 花子



フリガナ 必須

トヨオカ ハナコ



電話番号 必須

090-0000-0000



郵便番号 必須

6680046



郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

住所 必須

兵庫県豊岡市立野町12-12



① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

生年月日 必須

1985年(昭和60年)



10



月

1



日

次へ進む

回答を一時保存する

③ 「氏名」など、必須項目を入力してください。

入力が終わりましたら、「次へ進む」をタップしてください。

骨粗しょう症検診受診申込み

入力状況

回答入力フォーム

⑤ ご希望の医療機関を選択してください

骨粗しょう症検診受診申込みフォーム

受診する医療機関を選択いただき、希望の日時と時間区分を選択してください。

受診医療機関 必須

日高クリニック



希望日時（第1希望） 必須

2026/10/01



希望時間区分 必須

複数選択が可能です

☒ 13:00～13:30

☒ 13:30～14:00

☒ 14:00～14:30

④ カレンダーからご希望の日にちを
選択してください。

次に、受診可能な時間区分を選択してください。

希望日時（第2希望） 必須

2026/10/15



希望時間区分 必須

複数選択が可能です

☒ 13:00～13:30

☐ 13:30～14:00

☒ 14:00～14:30

希望日時（第3希望）

必須

2026/10/30



希望時間区分

必須

複数選択が可能です



13:00~13:30



13:30~14:00



14:00~14:30

受診費用の免除申請

任意

市民税非課税世帯の方または生活保護受給中の方は、受診費用が全額免除となります。
（市民税非課税世帯：同一世帯の全員に市民税が課税されていない世帯）



該当しない



該当する

⑥ いずれか、該当する方を選択してください。

ご要望・連絡事項

任意

受診日についてのご希望などがありましたら、ご記入ください。
なお、受診日はご希望を考慮したうえで抽選・調整により決定します。
申込状況によっては、ご希望の受診日をご案内できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

（記入例）10月中で、水曜日が金曜日希望。



次へ進む

回答を一時保存する

⑦ ご要望・連絡事項がある場合は入力してください。

入力が終わりましたら、「次へ進む」をタップしてください。

回答の確認

骨粗しょう症検診受診申込みフォーム

氏名 必須

豊岡 花子

 編集フリガナ 必須

トヨオカ ハナコ

 編集電話番号 必須

090-0000-0000

 編集郵便番号 必須

6680046

 編集住所 必須

兵庫県豊岡市立野町12-12

 編集生年月日 必須

1985/10/01

 編集

骨粗しょう症検診受診申込みフォーム

受診医療機関 必須

日高クリニック

 編集希望日時（第1希望） 必須

2026/10/01

 編集希望時間区分 必須

13:00～13:30

13:30～14:00

14:00～14:30

 編集

⑧ 入力内容に誤りがないか、再度確認をお願いします。

修正する場合は、各項目の「編集」をタップしてください。

確認が終わりましたら、「送信する」をタップしてください。

※申込みは、以上となります。

該当しない

ご要望・連絡事項 任意 編集

送信する