

胃内視鏡検診受診券発行申請書

大野城市長 殿

下記のとおり、胃内視鏡検診受診券発行を申請します。

記

受診者氏名 _____ 生年月日 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名 _____ (続 柄)

受診者住所 大野城市 _____

電話番号 _____

申請理由 (今年度受診する理由に○をつけてください)

- ・前年度に体調不良のため、受診できなかった。
- ・前年度に医療機関の予約ができなかった。
- ・その他 (理由 : _____)

同意・署名欄

- 前年度、市の胃内視鏡検診は受けていません。
※市が行う胃内視鏡検診は2年に1回受診できます。
- 3月末の年齢が50歳から78歳までの偶数年齢年度の6月頃に受診券を送付しています。
3月末の年齢が奇数の年度に受診した場合、翌年度に受診券は送付されません。

説明について同意しました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 署名

市記入欄

- 前年度受診確認
- 発行・入力 _____ 対応者サイン