

平成24年度 健康診査申込書

住 所	大多喜町	氏 名	
生年月日	明治・大正 昭和 年 月 日	電話番号	

↓ 該当する健康診査で希望する健康診査欄に○をつけてください

<input type="checkbox"/>	標準的健康診査	昭和48年4月1日から昭和58年3月31日の間生まれの方
<input type="checkbox"/>	標準的健康診査	40歳以上の無保険者（生活保護受給等）の方
<input type="checkbox"/>	後期高齢者健康診査	昭和12年5月29日以前生まれの方

*対象者以外の方がお申し込みされても受診できませんのでご了承ください。

*平成24年2月29日（水）までに役場健康福祉課又は最寄りの役場出張所へ提出してください

キリトリ線

平成24年度 健康診査申込書

住 所	大多喜町	氏 名	
生年月日	明治・大正 昭和 年 月 日	電話番号	

↓ 該当する健康診査で希望する健康診査欄に○をつけてください

<input type="checkbox"/>	標準的健康診査	昭和48年4月2日から昭和58年4月1日間の生まれの方
<input type="checkbox"/>	標準的健康診査	40歳以上の無保険者（生活保護受給等）の方
<input type="checkbox"/>	後期高齢者健康診査	昭和12年5月29日以前生まれの方

*対象者以外の方がお申し込みされても受診できませんのでご了承ください。

*平成24年2月29日（水）までに役場健康福祉課又は最寄りの役場出張所へ提出してください

キリトリ線

平成24年度 健康診査申込書

住 所	大多喜町	氏 名	
生年月日	明治・大正 昭和 年 月 日	電話番号	

↓ 該当する健康診査で希望する健康診査欄に○をつけてください

<input type="checkbox"/>	標準的健康診査	昭和48年4月2日から昭和58年4月1日間の生まれの方
<input type="checkbox"/>	標準的健康診査	40歳以上の無保険者（生活保護受給等）の方
<input type="checkbox"/>	後期高齢者健康診査	昭和12年5月29日以前生まれの方

*対象者以外の方がお申し込みされても受診できませんのでご了承ください。

*平成24年2月29日（水）までに役場健康福祉課又は最寄りの役場出張所へ提出してください