

令和3年度

肝炎ウイルス検診(個別受診) 検診票発行申請書

NO

● 過去に受診された方は受診できません。

太枠の中をご記入後、下記事項を確認し署名してください。

ふりがな 受診者 氏 名		生年月日	大正 昭和 年 月 日	年齢 歳
住所	広陵町	電話番号		
受診医療機関		予約日	/ . 未定	

上記のとおり申請します。

なお、今回の申請において過去受診等により自己負担金の返還が生じた際には、
全額支払うことを承諾します。

年 月 日

署名

● 代理人の方が申請される場合は下記にご記入ください。

申請時、代理人の本人確認ができるもの(運転免許証、保険証、パスポート等)の提示が必要です。

受診希望者本人からの委任を受け、検診票発行申請手続きをします。

ふりがな 申請者 氏 名		続柄	・同居家族 ()	・その他 ()
住所	広陵町	電話番号		

※担当課記入欄

受付交付日	発行者

年 月 日