

がん検診受診券及びクーポン券等 交付申請書 (DL版)

検診種別	希望する検診に☐を入れてください。			
	受診券	クーポン券		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査 <input type="checkbox"/> 胃がん(内視鏡)検診	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査		
申請日	令和 年 月 日			
受診者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住所 <small>(住民票のある所)</small>	和泉市		
	電話番号	() -		
申請理由	申請理由の番号に○を入れてください。			
	① 対象年度に受診しなかったため ② 再発行(紛失・破損・その他) ③ 新規発行(転入・その他)			

上記のとおり申請します。

和泉市長 あて

住所、年齢、受診履歴の確認に同意します。

申請者氏名(自署) _____

(代理申請の場合のみ以下記入)

住 所 _____

以下担当者記入

本人確認書類		処理日	担当者
<input type="checkbox"/> 運転免許証 • <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		.	.
(受診券名)	(受付番号)	(受診券名)	(受付番号)
•子宮頸がん		•胃がんリスク	
•乳がん		•内視鏡検査	
•肝炎ウイルス			