

人間ドック・脳ドック受診券再交付申込書

年 月 日

(あて先) 大東市長

(申込者) 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

下記の受診券を (紛失 ・ 破損) しましたので、再発行してください。

再発行を希望する受診券

	人間ドック受診券
	脳ドック受診券

同 意 欄

※同意欄は、受診券を紛失した場合のみご記入ください。

- 紛失した受診券が見つかった場合は、必ず大東市地域保健課に返却します。
- 他人への譲渡はしません。
- 二重受診時は受診費用を全額自己負担します。

私は上記について同意しました。

氏名 住 所 _____
(本人自署) ふりがな

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 (歳)