

# 脳ドック 申請書

いずれか一つ選択し、✓を記入してください。(申込多数の場合、抽選)

<input type="checkbox"/> 伊東市国民健康保険 ご加入の方 (30歳～74歳)	⇄ い ず れ か	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 ご加入の方
--	-----------------------	---

資格要件について理解し、申し込みます。

受 診 希 望 者	生 年 日	大正 平成 ・ 昭和	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
	住 所	伊東市				
	フリガナ					
	氏 名		受 診 希 望 月	月		
電 話 番 号		注:必ずしも、ご希望の 受診月をご案内できるもの ではございません。				