

長寿健診申込書

申込日 令和 年 月 日

| | |
|------------------|---|
| ふりがな | |
| お名前 | |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和 年 月 日 |
| ご住所 | 京丹後市 |
| 健診希望曜日 | 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 |
| ご来院方法 (交通手段等) | 徒歩 ・ 自転車 ・ バイク ・ 自家用車 ご家族で送迎 ・ バス・タクシー等を利用 |
| 連絡先/ 電話番号(携帯) | 健診を受 けられる方 電話 |
| | ご家族の 方 お名前 電話 |
| 連絡先/ 緊急連絡先 | お名前 電話 |

◎連絡先/電話番号(携帯)は、申込書を受け付けた際に、健診日等を電話でご確認させていただきますので、必ず記入してください。

◎「緊急連絡先」は、ご自宅に不在の場合や事故等の際に、確実に連絡がとれる方を記入してください。

◎送迎は行いませんのであらかじめご了承ください。

京丹後市立弥栄病院検診室

電話:65-2003(代表番号)