

① ご希望の健診の種類

●セットプランまたは基本プラン
オプシヨンの申込（

② ご希望の健診年月日

- ・第一希望…平成 年 月 日
- ・第二希望…平成 年 月 日
- ・〇月中の中でいつでもよい
- ・〇〇以外ならいつでもよい

③ 氏名

④ 生年月日 年 月 日（歳）

⑤ 住所及び電話番号

⑥ ご加入の医療保険者番号及び名称

⑦ 受診券整理番号（※）

5 6 6 0 0 2 1

摂津市 南千里丘 五番二〇号

摂津市保健センター

健康診査申込 係