

大町町特定健診 受け得キャンペーン応募用紙

(町控用)

※太枠内を記入してください。

申込日	令和 年 月 日		
ふりがな		生年月日	性別
氏名		昭和 平成 年 月 日 (歳)	男・女
住所	杵島郡大町町大字 ()		
電話番号			
受診した健診 (受診年月日)	該当する健診に☑を入れてください <input type="checkbox"/> 集団健診 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 医療機関での個別健診 (年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 (年 月 日)		
個人情報の取扱い	下記の「個人情報の取扱い」について <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		
【個人情報の取扱いについて】 ・この申込書の個人情報は、大町町特定健診受診促進事業及び関連事務のみに使用します。 関連事務…統計の作成等			

★町が配布した受診券を使用しない職場健診や医療機関での健診の場合は、特定健診に相当する健診結果の提出が必要です。

★応募用紙に必要事項を記入して、集団特定健診会場（総合福祉保健センター美郷）、大町町役場町民課に設置する応募箱に投函してください。

★(町控用)は、記入後、切り離して集団特定健診会場で提出いただくか、役場町民課に提出ください。

----- きりとり -----

(投函用)

申込日	令和 年 月 日		
ふりがな		生年月日	地区名
氏名		昭和 平成 年 月 日 (歳)	