国民健康保険蘇陽病院　人間ドック受検申込書

申込日	希望日
年　　月　　日	年　　月　　日

受検者（申込者）

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td>印鑑・サイン</td></tr>
<tr><td>名　　前</td><td colspan="3"></td><td rowspan="3">印</td></tr>
<tr><td>性　　別</td><td colspan="3">男　・　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>明・大
昭・平</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒　　―
都・道
府・県　　市・区
郡　　区・町
村
ビルマンション名（　　）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="4">（　　）　　―</td></tr>
</table>

＊必ず登記簿、住民票等の氏名、ご住所をご記入ください。印鑑またはサインが必要になります。

〒８６１－３９０２　熊本県上益城郡山都町滝上５２６
山都町立国民健康保険　蘇陽病院
電話番号：（０９７８）８３－１１２２
FAX ：（０９６７）８３－１１２４