

令和6年度

胃がん(胃内視鏡)検診(個別受診) 受診券発行申請書

NO

● 今年度、町の胃X線検診、前年度、町の胃内視鏡検診を受診された方は受診できません。

太枠の中をご記入ください。

※対象年齢 50歳以上

ふりがな		昭和			
受診者 氏名		生年月日	年	月	日
住所	広陵町		電話番号		
受診医療機関	三恵クリニック		予約日	/ . 未定	

上記のとおり申請します。

なお、今回の申請において今年度胃X線検診受診等により自己負担金の返還が生じた際には、全額支払うことを承諾します。

※担当課記入欄

受付交付日	発行者	<input type="checkbox"/> 50歳以上
		<input type="checkbox"/> 前年度未受診確認

令和 年 月 日

署名

● 代理人の方が申請される場合は下記にご記入ください。

申請時、代理人の本人確認ができるもの(運転免許証、保険証、パスポート等)の提示が必要です。

受診希望者本人からの委任を受け、受診券発行申請手続きをします。

ふりがな		続柄	・同居家族	・その他
申請者 氏名			[]	[]
住所	広陵町		電話番号	

令和 年 月 日