

府中市長

## 府中市健(検)診・予防接種受診申請書

このことについて、次のとおり申請いたします。

申請者 (受診者)	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成			
住所	〒						
通知送付先	〒						
電話番号	(日中連絡可能な番号を、複数ご記入ください)						
	【自宅】						
【携帯電話】							
希望する 健(検)診 結果  □に✓を記入 してください	<input type="checkbox"/> 胃がん検診			<input type="checkbox"/> 肺がん検診			
	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診			<input type="checkbox"/> 府中市健康診査			
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診			<input type="checkbox"/> 予防接種(肺炎球菌・高齢者インフルエンザ・ 高齢者新型コロナウイルス感染症)			
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診			<input type="checkbox"/> その他( )			
申請理由							

## 事務処理欄

受付者( )

受付状況 来所・郵送(住民票添付 有・無)

本人確認 運転免許証・マイナンバーカード・その他( )

	医療機関	備考
<input type="checkbox"/> 胃がん		
<input type="checkbox"/> 大腸がん検診		
<input type="checkbox"/> 子宮がん検診		
<input type="checkbox"/> 乳がん検診		
<input type="checkbox"/> 肺がん検診		
<input type="checkbox"/> 府中市健診		
<input type="checkbox"/> 予防接種(肺炎・インフル)		
<input type="checkbox"/> その他( )		

【備考】