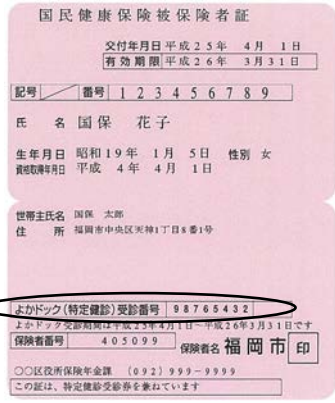


**FAX番号 0120-931-869**

注意事項

※下記、太枠内をすべてご記入のうえ、上記FAX番号に送信ください  
 ※番号をお確かめのうえ、お間違いのないようお送りください  
 ※受付しました確認は、ご記入いただきましたFAX番号へ確認書をFAX送信いたします

項目	申込み内容	
おなまえ	セイ 姓	メイ 名  様
性別 (○を付ける)	男 ・ 女	
生年月日 (年号に○を付ける)	西暦・昭和・平成 年 月 日	
郵便番号		
住民票住所	福岡市	
案内送付先 (住所と異なる場合)	福岡市	
ご連絡先  ※ご希望の項目での予約が取れない場合、ご連絡する場合がありますので、日中連絡のつく連絡先のご記入をお願いいたします。	FAX番号 092 ( )	 <p style="font-size: small;">国民健康保険被保険者証 交付年月日 平成25年 4月 1日 有効期限 平成26年 3月31日 記号 番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 氏名 国保 花子 生年月日 昭和19年 1月 5日 性別 女 被保険者種別 平成 4年 4月 1日 世帯主氏名 国保 太郎 住 所 福岡市中央区天神1丁目8番1号 よかドック(特定健診)受診番号 98765432 よかドック交付期限は平成25年4月1日～平成26年3月31日です 保険者番号 405099 保険者名 福岡市印 〇〇区役所保険年金課 (092) 999-9999 この証は、特定健診受診券を兼ねています</p>
	電話番号 092 ( )	
	e-mailアドレス  @	
よかドック (特定健診) 受診番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <p>※よかドック受診希望者は、番号記入必須です</p>	

健康診断	希望 健診会場				希望 日程			希望 時間帯		
	第一希望	○を付ける⇒	よかドック	胃がん	子宮がん	肺がん	乳がん	大腸がん	骨粗しょう症	受付日
健診会場名					健診日	月	日	時間帯	時頃	
第二希望	○を付ける⇒	よかドック	胃がん	子宮がん	肺がん	乳がん	大腸がん	骨粗しょう症	受付日	※予約センター使用欄
	健診会場名				健診日	月	日	時間帯	時頃	
第三希望	○を付ける⇒	よかドック	胃がん	子宮がん	肺がん	乳がん	大腸がん	骨粗しょう症	受付日	※予約センター使用欄
	健診会場名				健診日	月	日	時間帯	時頃	

【通信欄】 (センター使用欄ですので記入しないでください)