各種がん検診受診券交付申請書（転入者用）

年　　月　　日

浅 口 市 長　殿

申請者　住所：
氏名：
（生年月日　　年　　月　　日）
電話　　－
受診者との続柄　（　　）

下記のとおり、「各種がん検診受診券」の交付を申請します。

受診者	□申請者と同じ（以下省略可）	
	氏　名	
	住　所	浅口市　　町
	生年月日	年　　月　　日
	電話番号	
転入年月日		年　　月　　日
交付するもの		１．肺がん・結核検診受診券 ２．大腸がん検診受診券 ３．胃がん(内視鏡またはレントゲン)検診受診券 ４．胃がん（ピロリ菌）検診受診券 ５．前立腺がん検診受診券 ６．子宮頸がん検診受診券 ７．乳がん検診受診券 ８．肝炎ウイルス検診受診券

上記の交付申請を申請者に委任します。

委任者　住所
氏名　　㊞

※以下の欄は記入しないでください。

確 認 書 類	□ 運転免許証　□ マイナンバーカード　□ パスポート □ その他（　　）

発行日：　　年　　月　　日（ 検診会場 ・ 郵送 ・ 手渡し ）　　確認者（　　）