

# 検(健)診受診証明書交付申請書

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 ( )

下記のとおり検(健)診受診証明書の交付を申請します。

受診者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (以下省略可)	
	氏名	
	住所	浅口市
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
使用目的	・職場に提出するため ・その他 ( )	
受診(健)検診 該当の検診に ○を してください。	・特定健診 ・75歳以上健診 ・肺がん喀痰検査 ・肺がん・結核検診(胸部レントゲン) ・胃がん(ピロリ菌)検診 ・胃がん(レントゲン)検診 ・胃がん(内視鏡)検診 ・大腸がん検診 ・前立腺がん検診 ・肝炎ウイルス検診 ・乳がん検診視触診 ・乳がん検診マンモグラフィ ・子宮頸がん検診	
受診日	年 月 日	
受取方法	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送 <input type="checkbox"/> 健康福祉センター健康こども福祉課 窓口 ※書面の用意が出来ましたらご連絡します。 ※受け取りは、ご本人のみとなります。 ※受け取りの際は、身分証明書をお持ちください。	

上記の交付を申請者に委任します。

委任者 住所  
 氏名 (印)

※以下の欄は記入しないでください。

確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	--

確認者 ( )