

第1号様式（第7条関係）

白河市がん検診無料クーポン券交付申請書

年 月 日

白河市長 様

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 _____

電話 _____

対象者との続柄 本人 同居の家族
その他（ ）

下記のとおり、がん検診無料クーポン券の交付を申請します。

| | | |
|--------|---|--|
| ふりがな | | 生年月日 |
| 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 |
| 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 〒 |
| 交付希望項目 | <input type="checkbox"/> 肺がん胸部検診無料クーポン券 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診無料クーポン券 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診無料クーポン券 <input type="checkbox"/> 乳がん検診無料クーポン券 | |

※太枠内をご記入ください。

| | | | |
|----|------|----|----|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 受付 |
| | | | |