

第17回避難者健康診断申込書

申 込 者	性 別	避難元の都道府県
ふりがな	男 女	県 市

ご 住 所	連絡可能な携帯電話 メールアドレス
〒	☎ メール

健診を受けられる方 全員のお名前	性 別	生年月日（年齢）	申込者との 続柄	過去に避難者 健診を受けた ことはありま すか
ふりがな	男 女	年 月 日 (才)		
ふりがな	男 女	年 月 日 (才)		
ふりがな	男 女	年 月 日 (才)		
ふりがな	男 女	年 月 日 (才)		
ふりがな	男 女	年 月 日 (才)		

* 健診結果表は約1か月後程度で書面にて郵送いたします
 * 健診後には、避難者健診結果相談会を開催いたします
 （日程は後日、ご連絡いたします）

▼スマホからの
お申し込みはこちら

申し込み締め切り：9/13（金）まで

本申込み書は、FAX（078-303-7353）または
 メール（kenshin@hyogo-min.com）にてお送りください

