

脳 検 診 申 込 書

令和 8 年 月 日

下記のとおり、脳検診を申し込みます

住 所	中島村大字 字		
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名			
生 年 月 日	S ・ H	電話番号	
	年 月 日 (歳)		

※日中連絡のとれる電話番号

希望病院	希望時期					
ニューロクリニック	<input type="checkbox"/> 10月	<input type="checkbox"/> 11月	<input type="checkbox"/> 12月	<input type="checkbox"/> 1月	<input type="checkbox"/> 2月	<input type="checkbox"/> いつでも可
会 田 病 院	<input type="checkbox"/> 10月	<input type="checkbox"/> 11月	<input type="checkbox"/> 12月	<input type="checkbox"/> 1月	<input type="checkbox"/> 2月	<input type="checkbox"/> いつでも可

・希望する病院の希望時期に☑をつけてください。

・各月の予約枠には限りがあるため、必ずしも希望した月に受診できるとは限りません。

《申込期限》 令和8年8月5日(水)まで

※募集人数を上回った場合には、より多くの人が受診できるように、前年度に受診した方で、異常がなかった方は受診できない場合がありますので、ご了承ください。

申込先:役場保健福祉課(電話予約不可)

..... キ.....リ.....ト.....リ

脳 検 診 申 込 書

令和 8 年 月 日

下記のとおり、脳検診を申し込みます

住 所	中島村大字 字		
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名			
生 年 月 日	S ・ H	電話番号	
	年 月 日 (歳)		

※日中連絡のとれる電話番号

希望病院	希望時期					
ニューロクリニック	<input type="checkbox"/> 10月	<input type="checkbox"/> 11月	<input type="checkbox"/> 12月	<input type="checkbox"/> 1月	<input type="checkbox"/> 2月	<input type="checkbox"/> いつでも可
会 田 病 院	<input type="checkbox"/> 10月	<input type="checkbox"/> 11月	<input type="checkbox"/> 12月	<input type="checkbox"/> 1月	<input type="checkbox"/> 2月	<input type="checkbox"/> いつでも可

・希望する病院の希望時期に☑をつけてください。

・各月の予約枠には限りがあるため、必ずしも希望した月に受診できるとは限りません。

《申込期限》 令和8年8月5日(水)まで

※募集人数を上回った場合には、より多くの人が受診できるように、前年度に受診した方で、異常がなかった方は受診できない場合がありますので、ご了承ください。

申込先:役場保健福祉課(電話予約不可)