

前橋市国民健康保険・後期高齢者医療ドック 抽選申込書

〈抽選申込期間内に、この用紙を郵送してください。〉

予約期間は、令和3年6月21日(月)～令和4年2月28日(月)とさせていただきます。

太枠の中をご記入ください

申込日	令和 3 年 月 日	申込コース *どちらかに○ を付けてください	・日帰りドック ・脳ドック (このコースは胃検査なしです。)
第1希望日	令和 3 / 4 年 月 日	※ ご希望に添えない場合もございますので、 こちらをご記入ください。	
第2希望日	令和 3 / 4 年 月 日	令和____年____月中の (初旬・中旬・下旬・いつでもよい)で、	
第3希望日	令和 3 / 4 年 月 日	(月・火・水・木・金・いつでもよい)を希望	
第4希望日	令和 3 / 4 年 月 日	胃検査の希望	胃カメラ ・ バリウム ・ なし

フリガナ		当健診センター ご利用歴	ある ・ ない
氏名		診察券番号 (お持ちの方のみ)	
生年月日	大・昭・平 年 月 日生	性別	男 ・ 女
住所	〒 _____ 都道府県 _____ (郡) _____ 市区町村 _____		
電話(自宅)	_____	電話(携帯)	_____

※抽選申込期間：令和3年3月6日(土)～令和3年4月9日(金) 締切必着

※抽選日：令和3年4月12日(月)

※当選・落選にかかわらず抽選結果通知書を令和3年4月15日(木)に発送します。

前橋赤十字病院 健康管理センター

〈宛先〉

切り離して、封筒の宛先用として
お使いいただけます。



〒371-0811
群馬県前橋市朝倉町389番地1
前橋赤十字病院 健康管理センター 予約係