

受診票交付依頼書

次のとおり受診票の交付をお願いいたします。

検診等の種類	<input type="checkbox"/> 乳がん検診受診票（視触診）（40歳以上の女性）
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診受診票（20歳以上の女性）
	<input type="checkbox"/> 胃がん検診受診票（50歳以上）
	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検査受診票（50～69歳の男性） ※胃・肺・大腸がん検診、または堺市国保の特定健康診査のいずれかと同時実施

年 月 日

堺市長 様

住 所

フリガナ
氏 名

(和 暦)
生年月日 年 月 日 (歳)

電 話

保健センター処理欄		受付印 (交付日)
本人確認の方法：健康保険証・運転免許証・マイナンバーカード その他 ()		
現在の年齢： 歳 ヶ月		
<input type="checkbox"/> 乳がん検診受診歴	有 (歳)・無 ⇒ 交付・不交付	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診受診歴	有 (歳)・無 ⇒ 交付・不交付	
<input type="checkbox"/> 胃がん検診受診歴	有 (歳)・無 ⇒ 交付・不交付	
<input type="checkbox"/> 前立腺がん検査受診歴	有 (歳)・無 ⇒ 交付・不交付	
交付担当者		確認者