

- 一世帯2名まで、一枚の用紙でお申し込みができます。
- 追加で申込用紙が必要な場合は、コピーをしていただくか、智頭町福祉課までご連絡ください。

平成29年 月 日申込

## 平成29年度 智頭町ドック申込書

※お申し込みされた方には、後日詳しい案内を送付します。  
 ※次の項目に○印、またはご記入のうえ提出してください。

|                                  |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| 住 所                              | 智頭町大字   |   |
| フリガナ                             |   |   |
| 氏 名                              |   |   |
| 性 別                              | 男 ・ 女   | 男 ・ 女   |
| 生年月日                             | 昭和 年 月 日  | 昭和 年 月 日  |
| 電話番号                             | (昼間の連絡先)  | (昼間の連絡先)  |
| 健康保険の種類                          | <b>1. 智頭町国民健康保険</b><br><b>2. 全国健康保険協会（協会けんぽ）</b><br><b>鳥取支部</b><br><b>3. その他</b><br>(事業所名 )   | <b>1. 智頭町国民健康保険</b><br><b>2. 全国健康保険協会（協会けんぽ）</b><br><b>鳥取支部</b><br><b>3. その他</b><br>(事業所名 )   |
| ドックの種類<br>(年齢は、平成30年4月1日時点の年齢です) | <b>1. 智頭町ドック（30～69歳）</b><br>胃がん検診は胃カメラのみです。あてはまるものに○をつけてください。<br><b>胃カメラ（口・鼻・どちらでもよい）</b>   | <b>1. 智頭町ドック（30～69歳）</b><br>胃がん検診は胃カメラのみです。あてはまるものに○をつけてください。<br><b>胃カメラ（口・鼻・どちらでもよい）</b>   |
|                                  | <b>2. 脳ドック（40・45・50歳）</b><br>胃・大腸がん検診を希望されますか？<br><br><b>A.胃がん検診（胃カメラ）</b><br><u>希望する</u> ・希望しない<br>↓<br>(口・鼻・どちらでもよい)<br><br><b>B.大腸がん検診</b><br>希望する・希望しない | <b>2. 脳ドック（40・45・50歳）</b><br>胃・大腸がん検診を希望されますか？<br><br><b>A.胃がん検診（胃カメラ）</b><br><u>希望する</u> ・希望しない<br>↓<br>(口・鼻・どちらでもよい)<br><br><b>B.大腸がん検診</b><br>希望する・希望しない |

※間違い防止のため、**申込受付は来所・FAX・郵便のみ**とさせていただきます。ご不明な点は、福祉課（電話：75-4101）までご連絡ください。

申込先：智頭町保健センター福祉課 FAX 0858-75-4110  
 〒689-1402 八頭郡智頭町大字智頭1875番地