

- 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	1. 智頭町国民健康保険 2. 全国健康保険協会 (協会けんぽ) 鳥取支部 3. その他 (事業所名)	1. 智頭町国民健康保険 2. 全国健康保険協会 (協会けんぽ) 鳥取支部 3. その他 (事業所名)
ドックの種類 (年齢は、平成30年4月1日時点の年齢です)	1. 智頭町ドック (30~69歳) 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。 胃カメラ (口・鼻・どちらでもよい)	1. 智頭町ドック (30~69歳) 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。 胃カメラ (口・鼻・どちらでもよい)
	2. 脳ドック (40・45・50歳) 胃・大腸がん検診を希望されますか？ A.胃がん検診 (胃カメラ) <u>希望する・希望しない</u> ↓ (口・鼻・どちらでもよい) B.大腸がん検診 <u>希望する・希望しない</u>	2. 脳ドック (40・45・50歳) 胃・大腸がん検診を希望されますか？ A.胃がん検診 (胃カメラ) <u>希望する・希望しない</u> ↓ (口・鼻・どちらでもよい) B.大腸がん検診 <u>希望する・希望しない</u>

※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