

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

山陽小野田市長 宛

申込者 住所
氏名

脳ドック受診申込書

脳ドックを受診したいので、以下の条件に同意のうえ、次のとおり申し込みます。

受診希望者

住 所	〒 □申込者と同じ
氏 名	□申込者と同じ
生年月日	年 月 日
日中連絡の取れる 電話番号	

※国民健康保険料の滞納がある方は、受診できません。

<条件>

1. 受診される医療機関については、市で選定します。
2. 応募多数の場合は、コンピューターを使用して抽選を行います。