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。