

動脈硬化測定申込書

年 月 日

住 所	昭島市		
氏 名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
電話番号			
希望日	第一希望日	第二希望日	第三希望日
	月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 希望日なし			

※第3希望日は、申込み月により記入不要です

対象者 20歳～74歳で今年度初めての方

申込期限 広報掲載の申込み締切日（消印有効）

【注意】

動脈硬化、脳梗塞、心疾患で治療中の方、透析をしている方は申込みできません。

郵便はがき

郵送する場合
切手を
貼ってください

1	9	6	0	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---

昭島市昭和町4丁目7番1号

保健福祉センター 健康課 行

[動脈硬化測定申込書]