

# 骨密度測定申込書

令和 年 月 日

住 所	昭島市
氏 名	
生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
電話番号	

## 受診希望日の順位

第1希望	第2希望	第3希望
月 日( )	月 日( )	月 日( )
<input type="checkbox"/> 希望なし		

※広報掲載の測定日の中からお選びください。希望しない場合は、希望なしの口に印をしてください。

申込期限 広報掲載の申込み締切日（消印有効）

### 【注意】

希望日の記入がない場合は、市が測定日を指定します。

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

[骨密度測定申込書]