

エキノコックス症検診受診票

No _____

※ 受診対象：伊達市に住民登録がある小学校3年生以上で、
5年以内に1度もこの検診を受けたことがない方

受診日：令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢	性別
氏名		T S H . .	歳	男・女
住所	伊達市 << アパート等の名称までご記入ください >>			
電話番号		受診回数	初めて ・ 2回目以上	

※ 太枠内に記入・○印を付けてください。 (健康推進課記入 ▶ エキノのみ・他採血あり)

(担当：健康推進課 電話 0142-82-3198)

エキノコックス症検診受診票

No _____

※ 受診対象：伊達市に住民登録がある小学校3年生以上で、
5年以内に1度もこの検診を受けたことがない方

受診日：令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢	性別
氏名		T S H . .	歳	男・女
住所	伊達市 << アパート等の名称までご記入ください >>			
電話番号		受診回数	初めて ・ 2回目以上	

※ 太枠内に記入・○印を付けてください。 (健康推進課記入 ▶ エキノのみ・他採血あり)

(担当：健康推進課 電話 0142-82-3198)