

世田谷区「口腔がん啓発・検診」申込書

対象者：年度内に61歳・66歳・71歳になる区民の方

自己負担費用：700円（検診時にお支払い）

受診ご希望の方はこの申込用紙に必要な事項をご記入の上、世田谷保健所健康推進課までFAXして下さい。

FAX番号03-5432-3022

ふりがな 氏名	
住所	
生年月日	年 月 日
電話番号	— —