

2014年和歌山民医連 東日本からの避難者健診の申込書

| | | |
|-----------------------|------------|------------------------|
| お名前 (ふりがな) (イ) | 男女別 男 女 | 生年月日 (年齢) 年 月 日 (才) |
|-----------------------|------------|------------------------|

| | |
|-------------|-----|
| ご住所 (〒) | 連絡先 |
|-------------|-----|

健診ご希望のご家族

| お名前 | 男女別 | 生年月日 (年齢) | (イ)の方との続柄 | 小学生未満の方で、血圧測定と心電図を希望される場合は○を |
|---------|-----|---------------------|-----------|------------------------------|
| (ふりがな) | 男 女 | 年 月 日 (才)(小学生未満) | | |
| (ふりがな) | 男 女 | 年 月 日 (才)(小学生未満) | | |
| (ふりがな) | 男 女 | 年 月 日 (才)(小学生未満) | | |
| (ふりがな) | 男 女 | 年 月 日 (才)(小学生未満) | | |
| (ふりがな) | 男 女 | 年 月 日 (才)(小学生未満) | | |

申込先 和歌山民医連 TEL 073-441-5090

FAX 073-441-2550

申込項目をメール送信可

メールアドレス：wa.min-iren@maia.eonet.ne.jp