

令和 年 月 日

港区みなと保健所
健康推進課長 様

施設名：

施設代表者名：

印

港区健康診査・がん検診・歯科健診受診券の再発行依頼について

当施設の入所者の受診券の再発行を依頼いたします。

対象者：別紙のとおり

今後の送付について、いずれかを選択してください

以降も当施設に送付(解除する場合は別途届出が必要です)

今回のみ施設に送付(都度依頼が必要です)

担当者(送付先)

郵便番号： —

住所：

部署：

担当者名：

連絡先：

以下、港区使用欄

健康推進課長	健康づくり係長	健診事業担当	調査

受領印

