

歯周疾患検診 受診券(再)発行申請書

年 月 日

玖珠町長様

下記のとおり、受診券の発行を申請します。

受 診 さ れ る 方	ふりがな	
	氏名	
	住民票に記載の住所	〒 玖珠町大字 電話番号 ()
	生年月日	年 月 日
	申請理由	<input type="checkbox"/> 受診券の紛失 <input type="checkbox"/> 転入

※申請者が受診者本人と異なる場合は、委任者(頼む人)が下記の「委任状」にご記入ください。

委任状

代理人 (窓口に 来る人)	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	委任者との関 係	

私は、上記の者を代理人と定め、歯周疾患検診受診券の(再)発行申請に関する一切の権限を委任します。

委任者 (頼む人)	住所	玖珠町大字
	氏名	(印)
	生年月日	年 月 日

(郵送の場合に必要な添付書類)

申請者の本人確認書類の写し

(役場記入)

窓口来所された方の本人確認書類の確認

受診される方の住所地の確認

受診歴の有無(無 · 有)

確認者

--