

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	Ⓜ
	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