

胃内視鏡検査申込はがき見本

はがき 裏

郵便はがき

85円
切手

〒202-8555

西東京市中町1-5-1
西東京市健康課
胃内視鏡検査 担当行

胃内視鏡検査申込み

フリガナ	
氏名	
住所	
生年月日	昭和 年 月 日
電話番号	

※内容を確認し、チェックをお願いします。

私は前年度、市の胃がん検診を受診していません。

はがき 裏

記入例

胃内視鏡検査申込み

フリガナ	ニシウキョウ カズコ
氏名	西東京 一子
住所	西東京市中町1-5-1
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
電話番号	042-464-1311

※内容を確認し、チェックをお願いします。

私は前年度、市の胃がん検診を受診していません。

必ず確認してチェックしてください。