

## 松山市節目歯周病検診にかかる船舶利用券交付申請書

年 月 日

（宛先）松山市長

節目歯周病検診を登録医療機関で受診するため、下記のとおり船舶利用券を請求します。  
また、本請求に係る審査のため、担当職員が住民基本台帳その他事務処理に必要な資料を確認すること及び必要な情報を関係機関に提供し、又は関係機関から取得することに同意します。

		担当課 確認欄
住所 (節目歯周病検診受診者)	〒 松山市	<input type="checkbox"/>
ふりがな 氏名 (節目歯周病検診受診者)		<input type="checkbox"/>
生年月日 (節目歯周病検診受診者)	年 月 日	<input type="checkbox"/>
電話番号		<input type="checkbox"/>
節目歯周病検診 予定日（予約日）	年 月 日	<input type="checkbox"/>
上記検診を受ける 登録医療機関名		<input type="checkbox"/>

- 注1 節目歯周病検診受診者（本市から郵送されるクーポン券を使用した方）に船舶利用券（往復）を発行します。
- 2 船舶利用券は節目歯周病検診の受診日のみ使用できます。
- 3 必ず事前に登録医療機関にご予約いただき、「受診予定日」及び「受診予定登録医療機関名」をご記入ください。
- 4 本申請書は、必ず受診予定日の前日から起算して3週間前の日までにご提出ください。
- 【提出先】健康づくり推進課（郵送も可）、中島支所、北条支所、興居島支所、泊出張所
- 5 節目歯周病検診の受診予定日（予約日）や受診医療機関を変更する場合は、必ず本申請書を再度ご提出ください。

（担当課記入欄）

決定年月日	年 月 日	適 ・ 否	郵送日	年 月 日
-------	-------	-------	-----	-------

受付印