様式第2号(第5条関係)

三股町人間ドック受診券

 年 月 日

様

三股町長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 対象年齢 |  歳 |
| 受診者 |  | 生年月日 |  |
| 受診医療機関 |  |