

FAX

不足書類がありましたら、必要部数を記入し、
FAXで送ってください。

送付先： 大津市健康推進課 発信元： _____

FAX番号： 523-1110 FAX番号： _____

電話番号： 528-2748 電話番号： _____

要件： 大津市乳がん検診(マンモグラフィ)関係書類請求 _____

至急！ 1週間程度で到着希望

★下記のとおり、乳がん検診関係書類を請求します。

- | | | | |
|---------------------------------------|-----|-------|---|
| <input type="radio"/> 乳がん検診料減免確認書兼同意書 | DL可 | _____ | 枚 |
| <input type="radio"/> 受診履歴確認証明書 | DL可 | _____ | 枚 |
| <input type="radio"/> 書類請求FAX連絡票 | DL可 | _____ | 枚 |
| <input type="radio"/> 返信用封筒 | | _____ | 枚 |

↑「DL可」はホームページよりダウンロードできます。

★その他(連絡事項があればお書きください)

乳