

年 月 日

新発田市長 様

申請者
住所 _____
氏名 _____

胸部エックス線検診撮影証明書交付申請書

下記により胸部エックス線検診撮影証明書の交付を受けたいので、申請します。

記

受診者	住 所	新発田市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電 話	
受診年月日		年 月 日
受 診 会 場		
理 由		(事業所へ提出される方は、事業所名を記入してください)