　　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） |