

※申込み締切りは、11月20日です。  
 また、肝機能検査は、11月30日までに受けてください。  
 大阪府歯科医師国民健康保険組合  
 (FAX:06-6772-3450)

整理番号	
------	--

## 令和2年度 肝機能(HBs抗原・抗体を含む)検査申込書

〈実施要領〉 3. 対象者の(2)該当者)

検査を受ける者	氏名	フリガナ	男・女
			SH 年 月 日生 (満 歳)
	連絡先(自宅)	〒	☎ ( )
	勤務先	支部	☎ 歯科医院 ( )
被保険者証記号番号	歯国 <input type="text"/>	資格 (該当するものを○で囲んでください)	甲種組合員 甲種の家族 乙種組合員 乙種の家族 未加入者
検査先 (希望する場所を○で囲んでください。)	大阪府結核予防会 大阪総合健診センター 「中央区(淀屋橋)」		大阪府結核予防会 堺複十字診療所(午後のみ) 「堺市」
	大阪府結核予防会 大阪病院 「寝屋川市」		
検査希望日	第1希望日		第2希望日
	月 日 曜日 午前・午後		月 日 曜日 午前・午後

連絡先は問診票等をお送りする際に必要ですから、アパート・マンション・ビル名や号棟・階数、部屋番号等正確にご記入ください。