

〒《郵便番号》

《住所日本語》

《方書日本語》

《漢字氏名》 様

歯周疾患検診受診券

このお知らせが届いたあなたは、

歯周疾患検診を無料 で受けることができます！

○受診券有効期間

令和5年7月1日（土） から 令和6年2月29日（木）まで

○委託医療機関

| 医療機関 | 住所 | 電話番号 |
|------------|-------------|----------|
| 高谷歯科 | 小湊字後范 37-7 | 755-5612 |
| 平内歯科クリニック | 小湊字小湊 131-1 | 755-4182 |
| 平内ミナトヤ歯科医院 | 小湊字後范 2-11 | 755-5353 |

○持ち物

・受診券（この通知） ・保険証（本人確認に使用します）

○検診受診者さまの情報

| | | | |
|------|--------|------|--------|
| フリガナ | 《カナ氏名》 | 生年月日 | 《生年月日》 |
| 氏名 | 《漢字氏名》 | 性別 | 《性別》 |

（ご注意）

- ・平内町に住所のない方、自歯のない方は受診できません。
- ・検診当日に治療はしませんのでご了承ください。
- ・検診の結果、治療が必要な場合は、治療費は自己負担となります。

裏面もご覧ください

平内町役場 健康増進課

TEL 017-718-0019（内線120）