三浦市胃がんリスク検診結果再発行申請書

令和 年 月 日

| 三浦市長 | . 様 | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|--------|-------------|-----------|-------------------------|--------------|--------------|--------|------|
| | | | | | ふりが | な | | | |
| | | | E | 申請者 | 氏 | 名 | | | |
| | | | | | 住 | 所 _ | | | |
| | | | | | 電話: | 番号 | | | |
| | | | | | 受診者と | ≤の続柄 | □本人 □同居(| の親族(|) |
| | | | | | | | □その他(| |) |
| 下記のとお | り、三浦市胃 | がんリスク格 | 診の結果 | 果の再名 | 終行を申 請 | 割.ます。 | | | |
| 1 1002 200 | フリガナ | | (1) () (10) | 100110 | D13 C 1 H | 100170 | | | |
| | 氏 名 | □申請者 | | | | | | | |
| 受 診 者 | 住所 | - と同じ | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 受 診 日 | | 年 . | 月 | 日 ※ネ | oかる範囲 [・] | でご記入くが | ざさい 。 | | |
| 受診場所 | □ 集団検 | 診 口個 | 別検診([| 医療機関 | : | |) ※わかる範囲 | でご記入くだ | さい。 |
| 申請理由 | □ 検診結 | ま 果の紛失 | ロ そ | の他(| | | | |) |
| 送付先住所 | | | | | | | | | |
| ※申請者が受 | | しの担合け「 | 下記の禾ん | エ州が心 | な亜 にたい | | | | |
| 中明石 27.文 | 6日本八以7 | 下の場口は、 | 「心の女」 | | ジ女になり。 壬状 | <u> </u> | | | |
| 季任者(受 | 診者) 氏名 | l | | | | | ※本人が直筆でご言 | フ入ください | |
| | | | | | | | なび受領に関する一 | | |
| | この名にこ | | アプヘン代 | 高多 Vノ 市口: | 未]の 円 ヵ | 61」中 詞 2 | 文の文章に関する― | りりの推定で | |
| 代理人(申 | 請者) 氏名 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 三浦市保健福 | 社部健康 つ | づくり課 |
| 以下は記入しな | | | | | | | | | |
| □本人確認 Ŀ記の申請に <u>−</u> | ついて別紙の | とおり胃がん | | 診結果に | ついて再 | | くろしいか。 令和 | 年 月 | 日 |
| | 課長 | GL·主 | 査 | | | 課員 | | | |
| | | | | | | | | | |

三浦市胃がんリスク検診結果再発行申請書

ふりがな

令和 5年 4月 2日

三浦市長様

委任者(受診者) 氏名 _ 三浦 花子

代理人(申請者) 氏名 _ 三浦 太郎

| | | | 申請者 | 氏 | 名 | 三浦太郎 | |
|----------------------------------|--------|--------------------|----------------|---------------------------|------|---|--|
| | | | | 住 | 所 _ | 三浦市三崎町六合 32 | |
| | | | | 電話番 | 号 _ | 046-882-2040 | |
| | | | | 受診者と0 |)続柄 | □本人 ▼ 同居の親族(息子) □その他() | |
| 下記のとおり、三浦市胃がんリスク検診の結果の再発行を申請します。 | | | | | | | |
| | ふりがな | | みうら はなこ | | | | |
| | 氏 名 | □申請者 ・ と同じ | 三浦 花子 | | | | |
| 受 診 者 | 住 所 | | 三浦市城山 | ⊯1−1 | | | |
| | 生年月日 | 昭和17 | 年 4 月 2 | 2 日 | | | |
| 受 診 日 | 平成30 | 年 6月 | 1 日 ※わか | る範囲でご記 | 入くださ | l'. | |
| 受診場所 | ☑ 集団検 | 診 口個 | 別検診(医療機関 | 1: | |) ※わかる範囲でご記入ください。 | |
| 申請理由 ☑ 検診結果の紛失 □ その他() | | | | | | | |
| 送付先住所 | 三浦市城 | 以山町1 - | -1 | | | | |
| ※申請者が受 | 診者本人以外 | の場合は、 ⁻ | 下記の委任状が必 委任 | 必要になりま [、] 壬状 | す。 | 申請者と受診者が違う場合は、 委任状の欄もご記入ください。 | |

みうら たろう

三浦市保健福祉部健康づくり課

※本人が直筆でご記入ください。

以下は記入しないでください。

以下のものに委任します。

| /ロ本火機器//ロ角積者確認/ //記が再選について別紙の火光の傷がい | が検診結果だったて再発 | | |
|---|-------------|-------------------|--|
| // 湯長// / / / / / / / / / / / / / / / / | 記入しない | | ///練算///////////////////////////////// |
| | A BLACKER | <i>\$18000000</i> | |
| | | | |

私は、下記の者に「三浦市胃がんリスク検診の結果」の再発行申請及び受領に関する一切の権限を