

FAX 0 2 4 - 5 2 5 - 5 7 0 1

お問い合わせ・お申し込み先

**福島市保健所
健康づくり推進課 検診予防係**

〒960-8002 福島市森合町10番1号（保健福祉センター）

参加申込書

(必須)

ふりがな
氏 名

(必須)

生年月日

(必須)

連絡先

■同伴者（ ）名

ふりがな
氏 名

性 別 男 ・ 女 年 齢 （ ） 歳

ふりがな
氏 名

性 別 男 ・ 女 年 齢 （ ） 歳

ふりがな
氏 名

性 別 男 ・ 女 年 齢 （ ） 歳

※個人情報については、当事業以外の目的では使用しません。