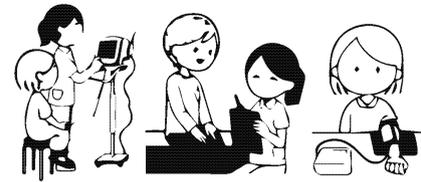


## 軽井沢健診 受診申込書



軽井沢健診の受診を希望される方は、この用紙にご記入の上、  
特定健診、いきいき健診申し込み時に一緒にお申し込みください。

「はい」か「いいえ」のどちらかの口にチェックを入れてください。

※回答のうち一つでも「いいえ」がある場合は、お申し込み頂けません。

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. 65歳以上90歳未満である。   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 軽井沢町に住民票があり、国民健康保険<br>または後期高齢者医療保険に加入している。                   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. 軽井沢町の特定健診またはいきいき健診を<br>受けた、または受ける予定がある。<br>または人間ドックを受診している。  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 参加時から継続して令和6年度まで上記町健診<br>(もしくは人間ドック)と、この軽井沢健診を<br>受けることができる。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. ペースメーカーを装着していない。   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

申込 令和3年 月 日

軽井沢健診	事務局使用欄：軽井沢健診日時		
	受診を希望します	令和3年	月 日 時
フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和	年 月 日	( 歳)
住所	〒 軽井沢町		
連絡先(電話番号)	自宅：		
	携帯：		
連絡可能日時	<input type="checkbox"/> いつでも可		
	曜日：	月 火 水 木 金	
	時間帯：	午前 ・ 午後	( 時頃)

特定・いきいき健診受診日	年 月 日
	(受診機関： )