



[あて先 FAX 番号] 0532-37-5167

医療法人さわらび会 福祉村病院

認知症予防脳ドック資料請求用紙

ふりがな	
ご氏名	様 男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
ご住所	〒 -
お電話番号	()
福祉村病院への 受診歴	あり ・ なし
上記以外へ郵送 をご希望の場合	〒 - 様方
豊橋市の助成	あり ・ なし
※豊橋市の国民健康保険、後期高齢者医療制度の加入の方は、脳ドックを受診する際の補助（助成）を受けられる場合があります。詳しくは豊橋市国保年金課へお問い合わせください。	

※必要書類を郵送させていただきます。

※福祉村病院記入欄（次の欄は記入しないでください）

受付日	年 月 日 担当：
書類発送日	年 月 日 担当：
書類返信日 (カルテ作成日)	年 月 日 担当：
受診日	年 月 日 () : ~