



[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 | () | : | ～ |