

(表面)

63	0	1	7	8	5	5	5
大館市役所保険課 「脳ドック検診」担当							
大館市字中城20番地							

(裏面)

①住所
②氏名
③性別
④生年月日
⑤電話番号(日中連絡のつく番号)
⑥希望する医療機関(コース名不要)