

はがきの書き方

(表面)

(裏面)

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

住所
氏名
性別
生年月日
電話番号(日中連絡のつく番号)
希望する医療機関(コース名不要)
第1希望
第2希望
「別の病院でも良い」

⑥希望する医療機関について

- ・医療機関名のみ記入してください。

コースの選択は、助成決定後に医療機関へ予約する際にお申し込みください。

- ・医療機関は第2希望まで記入できます。
- ・第2希望まで落選した場合に、別の医療機関での再抽選を希望するかたは「別の病院でも良い」と記入してください。