はがきの書き方

(表面)

63

0 1 7　8 5 5 5

大館市字中城20番地

大館市保険課

「脳ドック検診」担当

(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）

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

・第２希望まで落選しても、別の医療機関に空きがある場合に限り

再抽選をしますので、希望者は**「別の病院でも良い」と記入**してください。

・医療機関名のみ記入してください。（コース名不要）