

〒656 - 0000
洲本市本町 3 丁目

洲本 太郎 様

洲 本 市 歯 周 疾 患 検 診 受 診 券

発行番号	111111111	発行日	令和 6 年 4 月 1 日
氏 名	洲本 太郎	生年月日	昭和●●年●●月●●日
住 所	洲本市本町 3 丁目		
有効期限	この受診券は、令和 6 年 4 月 1 日から令和 6 年 1 2 月末まで有効です。		

洲本市長 ●●●●


※実施医療機関記入欄

医療機関名	実施年月日
	令和 年 月 日

お問い合わせ先： 洲本市健康増進課 TEL 0799-22-3337