

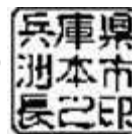
〒
洲本市

様

洲 本 市 歯 周 疾 患 検 診 受 診 券

発行番号	※※※※※	発行日	令和 7 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		
有効期限	この受診券は、令和 7 年 4 月 1 日から令和 7 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