

〈申込用紙〉

(フリガナ)						
氏 名						
生年月日 年齢	西暦 年 月 日 歳		性別		男 ・ 女	
住所	郵便番号		〒 —			
	都道府県		大阪府 ・ 兵庫県 ・ 京都府 ※どれかひとつを○で囲んでください			
	市区町村・番地 (例：大阪市淀川区西中島 5-5-15)		ご記入ください			
	建物名・部屋番号 (例：新大阪セントラルタワー)		あればご記入ください			
FAX 番号	()		電話番号	()		
E-mail メールをお持ちの方は ご記入ください。	@					
所属協会 (○印)	大阪聴力障害者協会 ・ 兵庫県聴覚障害者協会 ・ 京都聴覚障害者協会 ・ その他() ・ 非会員					
希望日	希望日の口にチェックをしてください。(どれかひとつ) ☐ 1/5 (火) 手話通訳あり ☐ 1/6 (水) ☐ 1/7 (木) ☐ 1/8 (金) ☐ 1/12 (火) } の受診を希望する 1/5 (火) が落選した場合 (どれかひとつ) ☐ 1/6 (水) ☐ 1/7 (木) ☐ 1/8 (金) ☐ 1/12 (火) ☐ 希望しない ☐ 1/6 (水) ☐ 1/7 (木) ☐ 1/8 (金) ☐ 1/12 (火) } 1/6 (水) から 1/12 (火) が落選した場合 (どちらかひとつ) ☐ 1/5 (火) の受診を希望する ☐ 1/5 (火) の受診を希望しない					
希望 オプション 検査	※検査不要でも回答してください 右の3つの内、 1つだけ○をする 2つ以上は無効× () 【女性のみ】「乳房超音波検査」を希望する () 「骨密度検査」を希望する () どれも検査不要					

※申込用紙の個人情報は聴力障がい者無料健診（人間ドック）の受診に関する事務にのみ使用します。