

# 甲状腺エコー検査 in 三郷 の申し込み方

(オンラインフォームが送れない時)

こちらの項目を  
**kikin.misato@gmail.com に送信してください**

※このアドレスが受信できるようにしてください

## 初めて申し込まれる方

### ○申込者（保護者）

お名前とふりがな 性別 生年月日と年齢 郵便番号と住所  
携帯番号（当日連絡が取れる番号）  
希望日時 A:6/29 B:6/30 午前 C:6/30 午後 D:その他(具体的に)  
この検診を何でお知りになりましたか？

### ○受診者 お名前とふりがな 性別 生年月日と年齢

## ID 番号をお持ちの方（基金で検診を受けたことがある方）

### 申込者（保護者）

ID 番号 お名前 携帯番号（当日連絡がとれる番号）  
希望日時 A:6/29 B:6/30 午前 C:6/30 午後 D:その他(具体的に)  
この検診を何でお知りになりましたか？

受診者 ID 番号 お名前

ID がわからない場合はお名前のふりがなと生年月日もお知らせください

\* お問い合わせ \*

090-4593-2542 (橋本) ・ 090-4912-7778 (近藤)