

前立腺がん（PSA）検査申込み書

- 税理士国保
被保険者番号 税国 (税国番号)

--	--	--	--	--	--	--	--

 (注)
- 住 所 〒
- 生年月日
- フリガナ
氏 名
- 性 別 男 . 女
- 電話番号

(注) お手持ちの資格確認書、資格情報のお知らせのいずれかに記載の番号（8桁）をご記入ください。

※申込み先： (郵送) 〒597-0081
大阪府貝塚市麻生中907-1
(医) 厚生会 厚生会クリニック 税理士国保係
TEL:072-420-1137
(FAX) 072-420-1109