

第2号様式（第4条関係）

成人歯科健康診査受診票再交付申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所 大府市 町
氏 名
電話番号

大府市成人歯科健康診査実施要綱第4条第2項の規定により、下記のとおり成人
歯科健康診査受診票の再交付を申請します。

記

年齢区分	20歳	25歳	30歳	35歳	40歳		
	45歳	50歳	55歳	60歳	65歳	70歳	
理 由	1 紛失						
	2 破損、汚損						
	3 その他 []						

- 備考
- 1 年齢区分の該当する年齢を○で囲んでください。
 - 2 受診票を破損し、又は汚損したことにより受診票の再交付を申請する場合は、破損し、又は汚損した受診票を添付してください。
 - 3 受診票の再交付を受けた後、紛失した受診票を発見したときは、速やかに、返納してください。