

申し込みはがき記入例

※2019年10月1日より通常はがきの郵便料金が変わります。

2019年9月末日まで

62円

2019年10月1日から

63円

表面

¥63

〒272-0023

市川市南八幡

4-18-8

市川市保健センター
歯科担当 行

裏面

- ・郵便番号
- ・住所
- ・氏名（ふりがな）
- ・生年月日（年齢）
- ・電話番号
（日中連絡のつく番号）
- ・「口腔がん検診希望」

※封書でのお申し込みも可能です

はがきは片道のはがきでお申し込みください