

## 申し込みはがき記入例

表面	裏面
¥85 市川市南八幡 4-18-8 市川市保健センター 歯科担当 行	〒272-0023
	<ul style="list-style-type: none"><li>・郵便番号</li><li>・住所</li><li>・氏名（ふりがな）</li><li>・生年月日（年齢）</li><li>・電話番号 (日中連絡のつく番号)</li><li>・「口腔がん検診希望」</li></ul>

※封書でのお申込みも可能です

はがきは片道のはがきでお申込みください