

佐久市歯周病（義歯）検診  
受診券及び歯科健康診査票等の再交付申請書

令和 年 月 日

（あて先）佐久市長

申請者 郵便番号  
住 所 佐久市.....  
氏 名.....  
生 年 月 日.....  
連 絡 先.....

○再交付申請書類 ・ 受診券 ・ 歯科健康診査票 ・ その他（ ）

次の事項を承諾し、下記の理由によりの再交付を申請します。

- 1 紛失した申請書類が発見された場合は返却します。
- 2 重複利用した場合は、その費用を全額自己負担します。

記

○再交付の理由

- 1 紛失
- 2 破損  
\*破損の場合は、破損した受診券等を添付してください。
- 3 その他.....  
.....

担当課処理欄

交付番号.....

処理氏名.....

受付印