

堺市 保健福祉総合センター所長

印

## 被(要)保護者の検診について(依頼)

下記の被(要)保護者に対して検診願います。

### 記

1 検診を受ける者  
住所

氏名

生年月日

性別

2 検診日時

3 検診目的

4 備考

問い合わせ先  
保健福祉総合センター  
生活援護課

担当員