

## 診 断 申 込 書

県の案内があれば、県が指定する医療機関の医師による診断を受けます。  
(※診断費用として2,700円をご負担いただきます。)

(※なお、ご参考までに、診断を行う場所としてご都合のよい地域を以下より1つ  
選び、その番号に○を付けてください。)

### 熊本県内

- 1 熊本市及びその周辺    2 八代市    3 水俣市

### 鹿児島県内

- 1 出水市    2 鹿児島市

### 新潟県内

- 1 新潟市

### 熊本県、鹿児島県、新潟県以外

- 1 北海道地区    2 東北地区    3 関東地区    4 北陸地区  
5 中部地区(新潟県以外)    6 関西地区    7 中国地区  
8 四国地区    9 九州・沖縄地区(熊本県、鹿児島県以外)

平成    年    月    日

申請者

現住所 \_\_\_\_\_

氏 名

Tel (ご自宅)                    (            )                    —

(携帯電話)                    (            )                    —

(代理で記入された場合のみ記載してください)

住 所

氏 名

印

本人との関係