検診体験談

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 性別 |  |
| 電話番号（任意） |  |
| メールアドレス（任意） |  |

1.検診の種類を教えてください。

|  |
| --- |
|  |

2.検診体験談をお聞かせください。

|  |
| --- |
|  |

ご応募ありがとうございました。



栃木市マスコットキャラクターとち介

栃木市　健康増進課　健康づくり係

住所：栃木市今泉町2-1-40

（栃木保健福祉センター内）

TEL：0282-25-3511

FAX：0282-25-3513