

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 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

