

令和 年 月 日

公立学校共済組合東北中央病院

医事課健康管理係 行

**FAX 023-624-4495**

日程・コース変更の方・・・病院にお電話をいただいた後に、こちらの依頼書を  
FAX で病院にお送り下さい。

申込電話番号： 023-623-5185・5186

受付時間： 月～金 午後2時～5時

**人間ドック日程変更依頼書**

所属所名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医療機関（東北中央病院）のみに電話のうえ FAX にて送付のこと

※FAX のみでの日程の変更等は出来ません。

下記の者について日程変更・コース変更をお願いします。

記

氏名	組合員証番号 (職員番号)	変更前 日程・コース	変更後 日程・コース	受診コース (日程変更の方のみ)
				A・B・C・D・B+C・E (○を付けて下さい)

(日程変更・コース変更者の記入欄)

※キャンセル希望者は、秋田支部へ**申立書**を必ず提出して下さい。

(病院への電話連絡・FAX 送付は不要です)