人間ドック等期日変更報告書

公立学校共済組合秋田支部長
秋田県教育関係職員互助会理事長　様

所属所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
職員番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記日程のとおり健診機関と調整しましたので報告します。

健診種目 （いずれかに〇）	宿泊　・　一日　・　脳　・　婦人科
決定医療機関 （いずれかに〇）	市立秋田総合病院　・　県総合保健センター 由利組合総合病院（一日ドックのみ） ※この３医療機関以外は報告不要
当初受診期日	令和　年　月　日　～　日であったものを
変更受診期日	令和　年　月　日　～　日に変更しました

期日変更の理由

ア　指定された期日では都合が合わない（合わなくなった）ため

イ　その他（具体的に記入してください）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※この期日変更報告書は、FAXでの報告のみで構いません（送り状不要）

（福利課内 共済組合/互助会 FAX:018－860－5800）