

人間ドック等健診申立書

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

職員番号

氏 名

健診種目 (いずれかに○)	宿泊 ・ 一日 ・ 脳 ・ 婦人科
決定医療機関	
期 日	令和 年 月 日～ 月 日

受診をキャンセルしなければならない理由(具体的に記入してください。)

.....

.....

.....

※本紙を受取次第、キャンセルの連絡は福利課から医療機関に連絡する流れになっていますが、予定日が近い等で、ご本人様が直接連絡している場合は、その旨もご報告ください。

- ・ 既に医療機関に直接キャンセルの連絡をしている。
(はい ・ いいえ)

上記の記載事項は事実と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

所 属 所 名
所属所長職氏名

職印