

乳がんセルフチェック事業申請書

公立学校共済組合秋田支部長

所属所名
組合員番号
組合員氏名

乳がんセルフチェック事業を次のとおり実施したいので申請します。

| | |
|-----------------------|------------------|
| 貸 出 日 (秋田支部からの発送日) | 令和 年 月 日 () |
| 返 却 日 (秋田支部への到着日) | 令和 年 月 日 () |
| 参加予定人数※ | 人 |
| 組合員連絡先 | 所属所の 電話番号 () |

※公立学校共済組合秋田支部の組合員および、その被扶養者となっている方が対象です。