

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

予約受付期間 令和3年10月11日(月)から令和3年11月5日(金)まで(厳守)

《申込みについて》 最初にお電話にて申しいただき、受診日を決定してから
下記項目を記入後、FAXでお送りください。

申込電話番号 023-623-5185・5186

※上記につながらない場合 023-623-5111(代表)

受付時間: 月～金 10時～17時(時間厳守)

宿泊ドック申込書(兼決定通知書) 再募集用

受診日	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()		
受診コース	1. 大腸内視鏡コース 2. メンタルヘルス相談コース	受診券番号	
ふりがな			性別 男・女
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
ご住所	〒		
TEL	自宅	携帯	
保険証	記号	公立青森	番号
所属所(学校名)			
所属所TEL			

(ご注意)

この用紙は受診決定通知書にもなりますので、受診まで保管してください。

※受診日変更 日程変更する場合はお電話にてご連絡ください。その後、下欄の
受診日変更欄に記入いただき、再度FAXでお送りください。

変更受診日	令和 年 月 日() ~ 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