

あおもり協立病院 健診センター

F A X : 017-729-3262

★「健診事業受診通知書(受診券)」と
一緒にFAXにてお申込みください★

公立学校共済組合青森支部 健診申込書

フリガナ

氏名 男 ・ 女 生年月日 S ・ H 年 月 日

区分： 本人 ・ 家族(被扶養者) 所属（学校名等）：

※いずれかに○をつけてください

〒

自宅住所

*平日の日中、連絡が取れる電話番号

(職場 ・ 携帯 ・ 自宅)

(職場 ・ 携帯 ・ 自宅)

連絡先①

連絡先②

受診コース

※希望するコースの番号に○をつけてください(受診券に記載ある項目のみ補助対象です)

⇒1日ドックには乳がん・子宮がんは含まれていません

1. 一日ドック (胃バリウム)

2. 脳健診

3. ヤングヘルスチェック

※胃カメラご希望の方はFAX不可 (電話予約のみ)

4. 乳がん検診(マンモグラフィ)

5. 子宮がん検診 (月曜日実施不可)

⇒40歳以上・偶数年対象(昨年度未受診の方は受診可能)

※受診券番号のある方が対象です

6. 被扶養者健康診査

希望日

申込日から3週間以上あけた日程を第一希望から第五希望までなるべくご記入ください

第一希望

第二希望

第三希望

第四希望

第五希望

◆注意事項◆

※一日ドック (胃カメラ) ご希望の方はお電話にてご予約ください。(FAX不可)

※一日ドック・ヤングヘルスチェック・乳がん検診・被扶養者健康診査：月～金 曜日

※子宮頸がん検診： 火・水・木・金 曜日

※案内時間は問診票にてご確認ください。感染対策のため案内時間を分散しております。

※空き状況によってご希望に添えない場合もございますので、ご了承ください。

問診票にて日時決定連絡とさせていただきます。
お手元に届きましたら日時のご確認をお願いいたします

〒030-0847

青森県青森市東大野2丁目1-10

あおもり協立病院 健診センター

TEL : 017-729-3261 FAX:017-729-3262

※スタッフ記入欄

ID

受診日

発送日