

公立学校共済組合青森支部 健康診断申込書

申込書を記入後、「健診事業受診通知書」と一緒にFAXでお送りください

申込期限： 2024年9月30日（月）厳守

受診期限： 2025年3月14日（金）

FAX

慈恵クリニック

017-782-8702

フリガナ		性別	男・女	生年 月日	S ・ H	年	月	日
氏 名								
保険証	記号： 公立青森	番号：			区 分	本人	・	家族
住 所	〒 -							
連絡先	平日8：00～16：00までで連絡の取りやすい番号を記入ください ① 携帯・自宅 TEL: ② 職場 TEL: FAX:							

健診コース

申込（○）	コース
	一日ドック
	ヤングヘルスチェック

申込（○）	コース
	子宮がん検診
	乳がん検診（マンモグラフィ・40歳以上）

※当施設では39歳以下の乳がん検診は実施しておりません

希望日

申込日から2週間後の日程で、第1希望から第5希望まで記入ください。

健診受付時間は8：00～9：30となります。受診日と受付時間は当施設にて決定いたします。

日程を決定しましたら、問診票をお送りします。問診票にて受診日時をご確認ください。

第1希望	年	月	日	第2希望	年	月	日	第3希望	年	月	日
第4希望	年	月	日	第5希望	年	月	日				

備考：オプション検査や受付時間など、ご連絡事項がございましたらご記入ください

疾病予防施設 慈恵クリニック

〒038-0021 青森市安田字近野160-3

TEL : 017-782-8711 FAX : 017-782-8702

電話受付時間 月～金（祝日除く） 8：00～16：00

《慈恵クリニック 使用欄》

受診日	発送日	担当
/ /	/ /	

ID :