あおもり協立病院 健診センター

ＦＡＸ：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）：

※いずれかに〇をつけてください

〒

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〇をつけてください(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）
※胃カメラご希望の方はFAX不可（電話予約のみ）
2. 脳健診
3. ヤングヘルスチェック
4. 乳がん検診(マンモグラフィ)
⇒40歳以上対象
5. 子宮がん検診　（実施曜日：火・水・金）

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：月～金 曜日
※子宮頸がん検診：　火・水・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。

≪ 日程決定次第、問診票を郵送いたします。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	