

公立学校共済組合青森支部 健診申込書

申込み先 鳴海病院健康管理センター FAX: 0172-34-1216

申込書を記入後、お持ちの受診券と一緒にFAXをお願いいたします

申込期間 6月9日(月)～9月30日(火)

受診期限 2026年3月13日

フリガナ

氏名 男・女 生年月日 S・H 年 月 日

保険証記号 公立青森 番号 区分 本人・家族(被扶養者)

※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)

連絡先

連絡先

受診コース

※希望するコースと項目に☑をつけてください(受診券に記載の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

・一日ドック

脳検診

ヤングヘルスチェック

胃省略

胃部X線

経口胃カメラ (月・木)

乳がん検診

子宮がん検診

*1

(マンモグラフィ)

(火・水・木)

希望日

申込日から4週間以上あけた日程をご記入ください

第一希望 年 月 日() 第二希望 年 月 日() 第三希望 年 月 日()

第四希望 年 月 日() 第五希望 年 月 日()

◆注意事項◆

*1 胃カメラの予約は9月以降となります。

脳検診・乳がん検診・子宮がん検診のみ受診の方は午後となります。

日程が決まり次第、順次案内を発送いたします。

(案内が届きましたら日程の確認をお願いいたします。)

鳴海病院健康管理センター
TEL: 0172-37-2550

※スタッフ記入欄

ID	
受診日	/ () 発送日