

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の送信をお願いします

申込期限厳守でお願いします

受診期限 2025年3月14日

(※申込期限 9月30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

※1 胃カメラ (経口 月・木・金)

・ 乳がん検診
(マンモグラフィ)

・ 子宮がん検診
(火・水・木)

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必ずご記入ください

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・子宮がんのみの受診の方は午後からの予約時間となります。

日程決定次第、案内を郵送致しますのでご確認ください。

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	