

公立学校共済組合青森支部 健診申込書

申込み先 八戸西健診プラザ FAX: 0178-29-4365

ご記入後この申込書と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** をお願いします

受診期限 令和4年3月31日

フリガナ

氏名 男・女 生年月日 S・H 年 月 日

保険証 公立青森 番号 区分 本人・家族(被扶養者)
記号

※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

※希望するコースに○をつけてください

- ・一日ドック
- ・脳検診
- ・ヤングヘルスチェック
- ・乳がん検診
- ・子宮がん検診
- ・大腸がん検診

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◆

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。

◆特記事項◆

日程決定次第、問診票を送付します。届きましたら問診票にて日時の確認をお願いします。

公益財団法人 シルバーリハビリテーション協会
メディカルコート八戸西病院附属八戸西健診プラザ
〒039-1103
八戸市長苗代字中坪74-1
TEL: 0178-21-1717 FAX: 0178-29-4365

※スタッフ記入欄

ID	
受診日	発送日