

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**でお願いします

受診期限 2024年3月31日

(※申込期限 8月31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 ・ 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 ・脳健診 ・ヤングヘルスチェック ・大腸がん検診

・乳がん検診(マンモグラフィ) ・乳がん検診(乳房超音波) ・子宮がん検診

⇒40歳以上対象

⇒39歳以下対象

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付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