

公立学校共済組合(被扶養者健康診査40歳未満) 申込書

青森県総合健診センターにお越しただいて実施する申込書です

FAX番号 017-741-2386〒 -

自宅住所

日中連絡先
TEL

フリガナ

日中連絡先
FAX

お名前

生年月日 昭和 年 月 日 (歳)
平成

希望日

* 原則としてご希望の日程で受診することができます。

ご希望に添えない場合等ありましたら、当センターよりご連絡いたします。

検診項目	検 診 日	受付時間
被扶養者健康診査40歳未満	11月2日(月)・5日(木)・6日(金)・10日(火)・11日(水)・12日(木)・13日(金)	8:00~9:30

この用紙とお手元にある **受診券も一緒にFAXの送付**をお願いいたします。

備考	
----	--

お申込先 公益財団法人青森県総合健診センター：センター健診課
〒030-0962 TEL：017-741-2336
青森県青森市佃二丁目19番12号 FAX：017-741-2386

※ 健診等に関わる個人情報について、疫病予防研究、疫学的調査研究の目的に限り使用させていただくことがありますが、個人情報の保護については十分配慮いたしますので予めご了承願います。