

令和 年 月 日

公立学校共済組合東北中央病院

医事課健康管理係 行

FAX 023-624-4495

※FAX番号と電話番号は違いますのでご注意ください

《申込みについて》 最初にお電話にて申しいただき、受診日を決定してから
下記項目を記入後、FAXでお送りください。

申込電話番号 023-623-5185・5186

※上記つながらない場合 023-623-5111(代表)

受付時間 : 月～金 (月～金) 10時～12時
(月～金) 14時～17時

宿泊ドック申込書(兼決定通知書):再募集用

受診日	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()				
受診コース (○を付けてください)	1. 大腸内視鏡コース 2. メンタル相談付きコース			受診券番号	
ふりがな				性別	男 ・ 女
氏 名					
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			年 齢	歳
ご住所	〒				
TEL	自宅			携帯	
保険証	記号	公立青森		番号	
所属所(学校名)					
所属所TEL					

(ご注意)

この用紙は受診決定通知書にもなりますので、受診まで保管してください。

※受診日変更 日程変更する場合はお電話にてご連絡ください。その後、下欄の
受診日変更欄に記入いただき、再度FAXでお送りください。

変更受診日	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()				
-------	---------------------------	--	--	--	--

公立学校共済組合東北中央病院
医事課健康管理係