

[別紙2]

希望ドックのキャンセル届書

- 受診日の1か月前までに、 **FAX:0776-20-0670** まで提出してください。
(特に受診日直前のキャンセルは、別の希望者を調整することが困難になるため、できる限りないようにお願いします)
- 直接健診機関へ、受診日の変更やキャンセルの連絡をしないようにしてください。
- 再度ドック受診を希望する場合は、空き募集時等に改めてご応募ください。

公立学校共済組合福井支部長 様

提出日： 年 月 日

担当者名： _____

所属所コード		所属所名		所属所 TEL		
				— —		
組合員番号 (氏名の記入は不要)		性別	決定していた健診機関名		決定していた日	
		男・女			月 日	
●決定していたドック種別						
<input type="checkbox"/> 2泊3日 <input type="checkbox"/> 1泊2日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 1日(胃透視) <input type="checkbox"/> 35歳1日 <input type="checkbox"/> 配偶者1日 <input type="checkbox"/> 脳						
●キャンセルの理由						
※共済記入欄						
					消	入
				病院連絡		
				郵送		
				ノト入替え		
				PC入替え		
				通知書		
				利用券		