

[別紙 1] 定年齢ブック受診日の変更届書

- 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。
- 記入された「都合の悪い月日・曜日」は、再決定するうえで参考にさせていただきますが、健診機関の日程や定員枠の関係上希望どおりにならないことがあります。
- 変更後の日程については、共済組合から受診者へ電話で都合を最終確認し、決定します。

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 <small>(氏名の記入は不要)</small>	性 別	決定していた健診機関名	決定していた日		
	男 ・ 女		月 日		
●決定していた日の他に、都合の悪い月日・曜日がある場合は記入してください					
月 日 ~ 月 日					
月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	
●変更の理由					
※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		