

[別紙2]

希望ドックのキャンセル届書

※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。

- 受診日の1か月前までに、**FAX：0776-20-0670** あてに提出してください。
(FAXがない等の場合は、メール：kosei18@kouritu.or.jp あてに、件名およびファイル名を「所属所コード 所属所名 希望ドックのキャンセル届書」として提出してください。)
- 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							
☐ 2泊3日 ☐ 1泊2日 ☐ 1日 ☐ 1日(胃透視) ☐ 35歳1日 ☐ 配偶者1日 ☐ 脳							
●キャンセルの理由							
※共済記入欄							
						消	入
					病院連絡		
					病院送付		
					PC入替		
					DS入替		
					決定通知		
					利 用 券		