

所属所名	
組織コード	
所属所電話番号	() -

女性のためのがん検診申込書

※人間ドック等受診者は補助対象外

職名	フリガナ		⑩		
	氏名				
	組合員証番号(6桁)				
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日 (満 歳)				
現住所	〒 -				
電話番号	() - -				
希望順位	希望検診機関名	検診機関コード	受診希望時期	希望検診に○をつけてください ※両方への申込み可能	
1			3～7月は 記入不可 月	乳房検診	
2				子宮検診	
3					
上記のとおり申し込みます。					
					年 5 月 日
公立学校共済組合茨城支部長 殿					

《注意事項》

- 1 5月1日から5月31日必着でお申込みください。
- 2 検診機関コードについては、厚生事業実施要項17Pより記入してください。
- 3 実施期間は2019年8月から2020年2月末までとします。
- 4 検診機関の受入状況により、希望時期には受診できないことがあります。