様式第１号

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	
		氏　　名	
		組合員証番号	
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	エコー検査	
2					マンモグラフィ検査	
3				子宮検診		

上記のとおり申し込みます。

令和　　年　　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　検診機関コード等については、４月の実施通知を参照ください。

３　実施期間は令和６年８月から令和７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。