

所 属 所 名	
組 織 コ ー ド	
所 属 所 電 話 番 号	(        ) -

人 間 ・ 脳 ド ッ ク  
 配 偶 者 人 間 ド ッ ク  
 女 性 の た め の が ん 検 診  
期 日 変 更 報 告 書

組 合 員 氏 名		配 偶 者 の 氏 名	
組 合 員 証 番 号			※配偶者人間ドックのみ記入
受 診 決 定 コ ー ス (右記の該当する欄に ○をつけてください)	<input type="checkbox"/>	人 間 ド ッ ク	決 定 健 診 機 関 名
	<input type="checkbox"/>	脳        ド        ッ        ク	
	<input type="checkbox"/>	配 偶 者 人 間 ド ッ ク	
	<input type="checkbox"/>	女 性 の た め の が ん 検 診	
当 初 受 診 期 日	令 和        年        月        日 で あ っ た も の を		
変 更 受 診 期 日	令 和        年        月        日 に 変 更 し ま し た		
期 日 変 更 の 理 由	○ を つ け て く だ さ い	・ 健 康 上 又 は 検 査 等 の 都 合 に よ る 変 更 (体 調 不 良 や 家 族 の 看 護 等 を 含 む)	
		・ 業 務 等 の 都 合 に よ る 変 更 (行 事 名 や 出 張 名 等 を 記 入 し て く だ さ い)	
上 記 日 程 の と お り 健 診 機 関 と 調 整 し た の で 報 告 し ま す。  <div style="text-align: right;">令 和        年        月        日</div> 公 立 学 校 共 済 組 合 茨 城 支 部 長    殿 <div style="text-align: right;">組 合 員 氏 名</div>			

※ FAXでの報告で構いません。(送り状不要)

共 済 組 合    TEL: 0 2 9 - 3 0 1 - 5 4 1 9  
 FAX: 0 2 9 - 3 0 1 - 6 3 5 0