

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	
1			3～7月は記入不可 月	乳房検診 ※希望の場合は○ をどちらか一方に 付けてください	エコー検査
2				子宮検診	マンモグラフィ検査
3					
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30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7年8月から令和8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。