

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

期日変更報告書

女性のためのがん検診

組 合 員 氏 名				配 偶 者 の 氏 名	※配偶者人間ドックのみ記入
組 合 員 証 番 号					
受診決定コース (右記の該当する欄に ○をつけてください)		人 間 ド ッ ク	決定健診機関名		
		脳 ド ッ ク			
		配 偶 者 人 間 ド ッ ク			
		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。					
令和 年 月 日					
公立学校共済組合茨城支部長 殿					
組合員氏名					

※ F A X 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