

第 2 回 人 間 ド ッ ク 申 込 書

所
属
所
長
検
認
欄

健 診 機 関 名	コース (いずれかに○印を記入して下さい)	希望順番	日 程	
	1泊2日ドック		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	PET1泊2日ドック			
	1泊2日ドック		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	PET1泊2日ドック			
	1日ドック		平成 年 月 日	※注意 PET1泊2日ドックは ・石川県立中央病院 ・松任石川中央病院 ・恵寿総合病院のみです。 健診機関は別紙一覧を参照して記入すること。 ・月のみ決定の健診機関は、希望月のみ記入すること。 (日は記入しないこと。)
	脳ドック			
	脳MRI+1日ドック			
	1日ドック		平成 年 月 日	
	脳ドック			
	脳MRI+1日ドック			
	1日ドック		平成 年 月 日	
	脳ドック			
	脳MRI+1日ドック			
	1日ドック		平成 年 月 日	
	脳ドック			
	脳MRI+1日ドック			
最 終 ド ッ ク 受 診 歴		有 (平成 年 月 病院 ドック) ・ 無		

- ①「ドック受診歴」等必要事項は必ず記入すること。
- ②同一募集時において複数の受診はできません。
- ③PET1泊2日ドック・脳MRI+1日ドック・脳ドックは、40歳未満は受診できません。

下記の事項に同意のうえ人間ドックを申込みします。

公立学校共済組合石川支部長 殿

平成 年 月 日

所 属 所 名

組 合 員 証 番 号 公立石川

郵 便 番 号 〒

自 宅 住 所

ふ り が な
組 合 員 氏 名

Ⓢ (性別 男 ・ 女)

生 年 月 日 S ・ H 年 月 日生 (満 歳)

連絡先 自宅電話又は携帯 ()

所属所 電話 ()

所属所 FAX ()

*受診優先順位

- 1) 指定年齢対象者
- 2) 前年度未受診者
- 3) 今年度定年退職者
- 4) 上記以外の組合員

以下希望者多数の場合は抽選

【同意事項】

個人情報に関する事項

- ① 受診案内を効率的に実施するため、「人間ドック申込書」に記載された個人情報及び共済組合が保有する個人情報を受診予定の実施機関へ提供すること。
- ② 人間ドック等の検査結果を受診者の職場における定期健康診断等の健診結果として事業主(地方公共団体等)から求められた場合は、提供することがある。
- ③ 人間ドック等の検査結果を特定健康診断の健診結果として人間ドック実施機関から直接共済組合が取得し、特定保健指導の実施に利用すること。