

所属所長検認欄

指定年齢ドック(35歳・40歳・45歳・50歳)申込書

健診機関名		希望順番	日		程
	1日		平成	年 月 日	※注意 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○月と記入すること。
	1日		平成	年 月 日	
	1日		平成	年 月 日	
	1日		平成	年 月	
	1日		平成	年 月	
	1日		平成	年 月	
北陸中央病院	1泊2日		平成	年 月 日～平成	年 月 日
			平成	年 月 日～平成	年 月 日
			平成	年 月 日～平成	年 月 日

★希望欄には第1希望から第3希望まで必ず記入してください。
同一コース希望者多数の場合は、抽選となります。

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)

電話 自宅又は携帯 ()

所属所 ()

【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査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。