

令和元年度（新設）

大腸がん検診のご案内

対 象：組合員本人のみ（育休中や休職中の者を含む。任意継続組合員除く）

《対象外》

- ・「教職員人間ドック」で承認された方
- ・申込み後または検査時に資格喪失している方（承認されていても同様）

検査機関：戸塚共立メディカルサテライト健診センター

費 用：無料（公立学校共済組合神奈川支部全額負担）

申込期間：（事務を通さず、各自でお申し込みください）

令和元年9月2日（月）～9月20日（金）まで（期限厳守）

申 込 先：FAX 045-664-3816（送付状不要）

申込結果：承 認 者：10月上旬の検査キットの発送をもって代えます。

非承認者：10月上旬に通知します。

承 認 後：① 10月中旬ごろ 登録されている自宅住所あてに検査キットが届きます。

② 10月中旬ごろ 自己採取のうえ、検査機関へ検体を郵送します。

③ 11月中旬ごろ 登録されている自宅住所あてに検査結果が届きます。

《個人情報取扱いについて》

- 当支部は、大腸がん検診申込に含まれる個人情報の収集、利用、提供及び管理等について、個人情報の保護に関する法律を遵守のうえ使用します。承認後、検査機関へ組合員証番号・組合員住所・氏名・性別・生年月日・所属所コード・所属所名を業務の範囲内で提供します。

（申込む際は切り取らずに、A4サイズのままFAXにてご提出ください）

提出先：公立学校共済組合神奈川支部 担当者 宛

FAX番号：045-664-3816

大腸がん検診申込書

記入日 令和元年 月 日

組合員証番号（6ケタ）					
所属所コード（4ケタ）所属所名					
	フリガナ				
	氏 名				