

令和8年度 器官別検診（婦人科検診） 受診取消申出書

所属所受付印

公立学校共済組合奈良支部事務局長 殿

令和 年 月 日

所属コード

所属所名

所属所TEL

受診決定を受けましたが、下記のとおり受診取消を申し出ます。

1. 受診申込者

組合員番号	
カナ	
氏名	
生年月日	S ・ H 年 月 日

2. 医療機関名

受診予定医療機関名横に○印を記入してください。

	奈良市総合医療検査センター
	葛城メディカルセンター
	生駒市立病院
	奈良県健康づくりセンター
	淀屋橋総合クリニック

（注）医療機関に予約していなくても必ず提出してください。

FAX提出可 0742-22-0259