

様式1

宛先：健康管理係（FAX 025-284-2881）

年 月 日

公立学校共済組合新潟支部長 様

氏名（署名） _____

器 官 別 検 診 受 診 辞 退 届

このことについて、下記のとおり受診を辞退します。

記

1 職員所属・氏名

所 属 名 所 属 コード	職 員 氏 名 職 員 コード

2 種類（該当を○で囲んで下さい）

- ・子宮がん ・乳がん ・大腸がん
- ・骨粗しょう症 ・前立腺がん ・肺がん

3 検診機関名 検診機関番号（ ）

検診機関名称 _____

4 受診予定日 _____ 月 _____ 日
（予約済の場合）

5 辞退理由

（ ）

（注意） 1 速やかに検診機関に取りやめの連絡をすること。