様式３
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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

人間ドック受診辞退届

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　ドック日数（該当を○で囲んでください）

日帰り　　・　　１泊２日

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　～　　月　　日

５　辞退理由

（　　）

（注意）速やかに検診機関及び所属長に取りやめの連絡をすること。
令和５年度より人間ドック受診承認書は廃止となりました。