

若年ドック受診申込書

No \_\_\_\_\_

(39歳以下(1日コースの対象者を除く)の組合員のみ)

〒 〇〇〇-〇〇〇〇  
 所属所所在地 〇〇〇市〇〇〇〇

公立学校共済組合和歌山支部長 様

所属所コード 〇|〇|〇|〇|〇|〇| 〇〇支援学校  
 所属所名

次のとおり申し込みます。

所属所長名 校長 〇〇〇〇 印

平成 〇年 〇月 〇日

TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇

No	組合員証番号	フリガナ		性別	生年月日							第一希望 医療機関コード 医療機関名		第二希望 医療機関コード 医療機関名		備考		
		氏	名		年	月	日	時	分	秒	分	秒	分	秒				
1	135790	カンサイ	タロウ	男	S	〇	〇	年	〇	〇	日	〇	〇	7	〇	〇	9	橋本市民病院 <small>和歌山市医師会成人病センター</small>
		関西	太郎	女	H													
2	246802	カイン	アキコ	男	S	〇	〇	年	〇	〇	日	〇	1	8	〇	〇	2	和歌浦中央病院 <small>日赤和歌山医療センター</small>
		海南	秋子	女	H													
3	975310	タナベ	ハナコ	男	S	〇	〇	年	〇	〇	日	〇	2	8	〇	〇	2	白浜はまゆう病院 <small>日赤和歌山医療センター</small>
		田辺	花子	女	H													
4				男	S			年			日							
				女	H													
5				男	S			年			日							
				女	H													
6				男	S			年			日							
				女	H													
7				男	S			年			日							
				女	H													
8				男	S			年			日							
				女	H													
9				男	S			年			日							
				女	H													
10				男	S			年			日							
				女	H													
11				男	S			年			日							
				女	H													
12				男	S			年			日							
				女	H													

- \* 前回若年ドックを受診してから3年間は対象外となります。  
 (その間に1日コースの指定年齢に達した場合は1日コースに申し込んでください。)
- \* 医療機関コード・医療機関名は公立学校共済組合和歌山支部ホームページの人間ドック関連、指定医療機関一覧表をご覧ください。
- \* 人数制限のある医療機関は第二希望でお選びできません。