

脳ドック受診申込書
(41歳以上の組合員のみ)

No _____

公立学校共済組合和歌山支部長 様

次のとおり申し込みます。

平成 ○年 ○月 ○日

〒 ○○○-○○○○
所属所所在地 ○○○市○○○

所属所コード ○|○|○|○|○|○|○|○|○|○|○|○
所属所名 ○○中学校

所属所長名 校長 ○○○○ 印

TEL ○○○○(○○)○○○○

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									
1	234567	キシウ ナツコ	男	S	○○年○○月○○日	0	0	1	0	5	1	
		紀州 夏子	女			近畿中央病院			大野クリニック			
2	987654	キノカワ タロウ	男	S	○○年○○月○○日	0	3	2	0	0	2	
		紀の川 太郎	女			恵友病院			日赤和歌山医療センター			
3	999999	イト フユコ	男	S	○○年○○月○○日	0	0	4	0	0	1	
		伊都 冬子	女			紀南病院 (田辺市)			近畿中央病院			
4			男	S	年 月 日							
5			男	S	年 月 日							
6			男	S	年 月 日							
7			男	S	年 月 日							
8			男	S	年 月 日							
9			男	S	年 月 日							
10			男	S	年 月 日							
11			男	S	年 月 日							
12			男	S	年 月 日							

* 人間ドックの指定年齢該当者及び前回脳ドックを受診してから5年間は対象外となります。
 * 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。