

(様式第 2 号)

人間ドック検査承認申請書

組合員証		組合員 氏名	所属所名
記号	番号		
受検者 氏名		生年月日 性別・続柄	昭和 年 月 日 (歳) 組合員との続柄 ()
検査機関名		検査日 検査コース	平成 年 月 日 から 日 帰り 1泊2日 平成 年 月 日 まで 1泊2日 (PET)
上記のとおり申請します。			
石川縣市町村職員共済組合理事長 様			
平成 年 月 日			
申請者 住所 (組合員) 氏名 印			
検査結果等の利用に関する重要事項			
当共済組合が保有する人間ドックの健診結果については、組合員の健康管理や特定健診・特定保健指導の推進のために、所属所からの情報提供の依頼に応じて提供することがあります。このことについて同意しない場合は、下欄に署名をしてください。			
署名 _____			
上記の者は、人間ドック検査を受ける者として適当であるものと認めます。			
平成 年 月 日			
所属所長 職名 氏名 印			
※審査	平成 年 月 日		
区分	承認・不承認	不承認の理由	
承認番号	第 号	承認証 発行年月日	平成 年 月 日

1. この申請書を提出するときは、あらかじめ検査機関に検査期日等の内諾を得てください。
2. 年度単位で1回に限り申請できます。
3. ※欄は、記入しないでください。