

(様式第 4 号)

脳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)	男 ・ 女 組合員との続柄 ()
検査機関名		検査日	平成	年	月	日	
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							
上記の者は、脳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		

- 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。
- 年度単位で1回に限り申請できます。
- ※欄は、記入しないでください。