

コピーしてご利用ください。
人間ドック・三大疾病特化型検診 兼用 申込書 (退職会員用)

年	月	日
---	---	---

大阪府教職員互助組合理事長殿

次のとおり、検診事業に申込みます。

会員番号								生年月日				年			月			日
フリガナ氏名								性別	男・女 (いずれかに○印)	年齢		歳						
現住所	〒 - ☎ () -																	
希望検診コース	人間ドック検診 ・ 三大疾病特化型検診 (いずれかに○印)																	
希望健診機関 (人間ドック検診希望時のみ記入)	(注) 人間ドック検診の申込みの場合のみ記入してください。三大疾病特化型検診は受診決定通知書を受け取ってから希望の健診機関を選んでいただきます。																	
受診希望日	記入不要(受診決定通知書を受け取ってから健診機関に受診予約を行っていただきます。)																	
通信欄																		

《申込方法》

この申込書に必要事項を記入し、FAXまたは郵送で互助組合へ送ってください。
希望健診コースの選択と人間ドック申込の場合は健診機関名を必ず記入して下さい。

《受診決定について》

- 1 申込事項等を確認・審査のうえ受診決定通知書を自宅あてに送付します。申し込み多数の場合は抽選で決定します。受診決定通知書の送付は申込締切後（締切以後に継続募集を行う場合では申込書受理後）概ね2週間以内に行います。
- 2 受診できない場合（抽選の結果選外等）は、選外通知を自宅あて送付します。
- 3 受診決定通知書の受け取ったら、健診機関へ受診予約を行っていただきます。詳しくは受診決定通知書でご案内します。

なお、健診機関の受け入れ人数には限りがありますので、必ずしも希望どおりに予約ができるとは限りません。予めご了承ください。

《注意事項》

検診事業の補助事業（人間ドック検診・三大疾病検診特化型検診）については年度内にいずれか1回に限り利用可能です。

< FAX送信先 > ☎ 06-6762-5505

< 郵便送付先 > 〒543-8937 天王寺局区内 大阪府教職員互助組合 事業課 あて

（以下は記入しないでください）

申込書に記載の個人情報、当該事業を適正に処理するため、および当互助組合事業の円滑な運営に必要な業務等のみ利用いたします。

担当

受付年月日

受付番号
