

(※共済組合使用欄)

課長	課長補佐	主査	係長	係員	主任者

「人間ドック利用承認書」再交付申請書

所属所名					
組合員証記号番号	—				
フリガナ					
組合員氏名					
フリガナ					続柄
利用者氏名					
再交付申請理由					
健診機関名					
健診利用日	平成 年 月 日 (曜日)				
人間ドックの種類	下記の種類から1つ選んで○をつけてください。 【1】短期人間ドック (日帰り) 【2】短期人間ドック (宿泊) 【3】脳ドック 【4】脳併診ドック 【5】PETドック 【6】PET併診ドック				
上記のとおり申請いたします。 茨城県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住所 組合員 氏名 印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職名 所属所長 氏名 印					