

**受診が決定したら、受診前に速やかに申請してください。**

**脳ドック受診補助券申請書**

**記入例**

一般財団法人長崎県教職員互助組合理事長 様											
平成〇〇年〇〇月〇〇日											
所属番号					所属名						
1	2	3	4	5	〇〇市立〇〇小学校						
組合員番号						組合員氏名			印		
0	1	2	3	4	5	-	6	互助		太郎	

受診日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
受診機関	<p>該当番号に○をつけてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 1. 九州中央病院（福岡市）</li> <li><input type="radio"/> 2. 三原台病院（長崎市）</li> <li><input type="radio"/> 3. 長崎労災病院（佐世保市）</li> <li><input type="radio"/> 4. 石坂脳神経外科（佐世保市）</li> <li><input type="radio"/> 5. 西諫早病院（諫早市）</li> <li><input type="radio"/> 6. 宮崎総合健診センター（諫早市）</li> <li><input type="radio"/> 7. 佐世保中央病院（佐世保市）</li> <li><input type="radio"/> 8. 新武雄病院（武雄市）</li> <li><input type="radio"/> 9. 森の木脳神経脊髄外科（長与町）</li> </ul>

※受診後の申請はできません。

※受診前に補助券がお手元に届くよう早目の申請をお願いします。

※検診当日は、発行する「脳ドック受診補助券」を検診機関窓口へ提出してください。