

## 脳ドック受診補助券申請書

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	長崎市立〇〇小学校														
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		該当番号に〇をつけてください。  <ul style="list-style-type: none"><li>1. <input checked="" type="radio"/>九州中央病院（福岡市）</li><li>2. <input type="radio"/>三原台病院（長崎市）</li><li>3. <input type="radio"/>長崎労災病院（佐世保市）</li><li>4. <input type="radio"/>石坂脳神経外科（佐世保市）</li><li>5. <input type="radio"/>西諫早病院（諫早市）</li><li>6. <input type="radio"/>宮崎総合健診センター（諫早市）</li><li>7. <input type="radio"/>佐世保中央病院（佐世保市）</li><li>8. <input type="radio"/>新武雄病院（武雄市）</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」を検診機関窓口に提出してください。