

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 年 月 日			
所属番号		所属名	
組合員番号		組合員氏名	印
0 -			

受診日	平成 年 月 日
受診機関	<p>該当番号に○をつけてください。</p> <ol style="list-style-type: none">九州中央病院（福岡市）三原台病院（長崎市）長崎労災病院（佐世保市）石坂脳神経外科（佐世保市）西諫早病院（諫早市）宮崎総合健診センター（諫早市）佐世保中央病院（佐世保市）新武雄病院（武雄市）森の木脳神経脊髄外科（長与町）佐世保共済病院（佐世保市）

※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。