

受診が決定したら、受診前に速やかに申請してください。

記入例

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	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			互助	

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"> ① 九州中央病院（福岡市） 2. 三原台病院（長崎市） 3. 長崎労災病院（佐世保市） 4. 石坂脳神経外科（佐世保市） 5. 西諫早病院（諫早市） 6. 宮崎総合健診センター（諫早市） 7. 佐世保中央病院（佐世保市） 8. 新武雄病院（武雄市） 9. 森の木脳神経脊髄外科（長与町） 10. 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。