

(様式第 4 号)

脳ドック検査承認申請書

組合員証		組合員 氏 名	所属所名		
記号	番号				
受検者 氏 名		生年月日 性別・続柄	昭和 平成	年 月 日 (歳)	男 ・ 女 ()
検査機関名		検査日	令和	年 月 日	
上記のとおり申請します。 石川縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 申請者 住所 (組合員) 氏 名 印					
上記の者は、脳ドック検査を受ける者として適当であるものと認めます。 令和 年 月 日 所属所長 職 名 氏 名 印					
※審 査	令和 年 月 日				
区 分	承 認 ・ 不 承 認	不承認の理由			
承認番号	第 号	承認証 発行年月日	令和	年 月 日	

1. この申請書を提出するときは、あらかじめ検査機関に検査期日等の内諾を得てください。
2. **年度単位で1回に限り**申請できます。
3. ※欄は、記入しないでください。