

様式第 1 号 （キャンセル・変更を希望する場合提出）

人間ドック・一日ドック
キャンセル・変更希望届

| | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-----------|-----------|-------------|-----------|----|-------|----|----|----|----|
| | | 1 | | 2 | | 3 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | 所 属 名 | | 電 話 | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | Ⓜ | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | 昭和 年 月 日生 | | 性別 | | 男 ・ 女 | | | | |
| | | 組 合 員 番 号 | | 4 | | 9 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| (1)キャンセル・変更の別 番号に○をつけてください。 | 10 | | | | | | | | | | |
| | 1 キャンセル | | | 2 変 更 | | | | | | | |
| | [理由] | | | | | | | | | | |
| (2)当初決定した事項 当初決定した事項を記入してください。 (キャンセルする人及び変更する人) どちらの方も記入してください。 | 1 人 間 ド ッ ク | | | 2 一 日 ド ッ ク | | | | | | | |
| | 受 診 番 号 | | | 11 14 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | 医 療 機 関 名 | 医療機関 | | 受診(開始)年月日 | | | | | | | |
| | | コード | | 年 | | 月 | | 日 | | | |
| | | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | |
| | | | | | | | | | | | |
| (3)変 更 日 程 等 変更する人のみ、希望する日程を記入してください。 (平成15年4月1日公立山形第1号通知による日程から選んで下さい) | 24 | | | | | | | | | | |
| | 1 人 間 ド ッ ク | | | 2 一 日 ド ッ ク | | | | | | | |
| | 区 分 | 医療機関名 | 医療機関 | | 受診(希望)年月日 | | | | | | |
| | | | コード | | 年 | | 月 | | 日 | | |
| | 第 一 希 望 | | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 |
| | | | | | | | | | | | |
| | 第 二 希 望 | | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 |
| | | | | | | | | | | | |
| | 第 三 希 望 | | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 |
| | | | | | | | | | | | |

受診券を必ず返却してください

※ ○を記載してください。
医療機関へ変更連絡の有無： 1. 月 日連絡した 2. 連絡していない

医療機関から自宅へ送付された用品は、別紙 1 により医療機関へ必ず返却してください。
最初の日程で受診できなくなった場合、至急当該病院へ連絡ください。