

事務局長	課長	課員

令和2年度脳ドック利用申込書

組合員等 記号・番号	853 - 1000	ふりがな	きょうさい たろう	性別 男・女
		組合員氏名	共済 太郎	
所属所名	〇〇〇市	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
希望する健診機関名	〇〇〇〇病院			
希望する健診時期	令和 〇 年 〇 月 頃			
特記事項記入欄				
同意書				
<p>香川縣市町村職員共済組合（以下「共済組合」という。）人間ドック等利用規則並びに健診機関の諸規定に従って申し込むに当り、共済組合が健診機関から健診結果の提供を受け、所属所と共有し、データヘルス計画に基づくコラボヘルスの推進（疾病予防事業等）に利用することに同意します。</p> <p>また、特定保健指導の対象となった場合は当該健診結果を委託機関に提供し、特定保健指導の結果を保存することに同意します。</p>				
香川縣市町村職員共済組合理事長 様				
令和 〇 年 〇 月 〇 日				
〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇				
住所 〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇				
組合員				
氏名 共済 太郎				
上記利用申込みについて審査の結果下記のとおり決定してよろしいか。				
許可・不許可の別		不許可の理由	許可番号	

備考 人間ドック等の健診結果により特定保健指導の対象者となった際には、特定保健指導を終了時まで受けることを原則とする。