

事務局長	課長	係長	係

## 年度人間ドック利用申込書

組合員証 記号番号	853 - 1000	ふりがな	キョウサイ タロウ	性別
		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	男・女
希望する健診機関名及びコース	〇〇〇〇病院	① 一日ドック ② 一日ドック (婦人科) ③ 一泊二日ドック		
希望する健診時期	〇 年 〇 月 頃			
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たり、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 殿				
令和 〇 年 〇 月 〇 日 千 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。