平成　　年　　月　　日

公立学校共済組合鹿児島支部長　殿

所 属 所 名

所属所長名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

人 間 ド ッ ク 受 診 辞 退 報 告 書

人間ドックの受診辞退について，下記のとおり報告します。

記

組合員証番号	受診辞退者名	決定医療機関名	健 診 種 別	辞 退 の 理 由

※　受診を辞退する場合は，まず医療機関へ連絡し，速やかにこの報告書を当支部へ提出してください。