

JA組合員ドック申込書

兼 個人情報取扱いに関する同意書

注意事項をお読みのうえ、下記の太枠内に必要事項をご記入いただき、お近くのJA支店にお申し込みください。

ふりがな		性別	生 年 月 日
申込者 氏名 (受診者氏名)		男・女	S・H 年 月 日 (歳)
ご住所	〒		
ご連絡先	電話番号： 携帯電話：	希望日 (<input checked="" type="checkbox"/> を記入)	<input type="checkbox"/> 第1希望： 月 日 <input type="checkbox"/> 第2希望： 月 日 <input type="checkbox"/> 希望日なし
組合員 氏名 (<input checked="" type="checkbox"/> を記入)	申込者との続柄及び同居親族の場合は、組合員のお名前を記入してください。 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族（組合員氏名： _____） ←		役職員のご家族の場合は、 役職員の名前を記入
オプション 検査希望 (<input checked="" type="checkbox"/> を記入)	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡（経口・経鼻） ←どちらかに○ ※胃バリウム検査からの変更 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診（女性検診） <input type="checkbox"/> 乳がん検診（女性検診） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
受診 医療機関 (<input checked="" type="checkbox"/> を記入)	<input type="checkbox"/> 清水厚生病院（住所：静岡市清水区庵原町578-1 TEL：054-366-3769） <input type="checkbox"/> 中伊豆温泉病院（住所：伊豆市下白岩75番地 TEL：0558-83-3340）		

【JA記入欄】※申込者が組合員もしくは組合員と同居親族である事を出資金システムで確認してください。

受付 No.	受付支店： _____ 支店 受付日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当者氏名： _____
-----------	--

< 注意事項 >

- ・受診希望日の2か月前までに、お近くのJA支店へ申込書をご提出ください。
- ・上部消化管検査で胃カメラ（有料）を希望される方は、枠に限りがあり、年度内の予約が早く埋まってしまう場合があります。ご希望の方はお早めにお申し込みください。
- ・本人間ドックは組合員対象（同居のご家族含む）となります。必ず組合員の氏名・続柄をご記入ください。
- ・受診日決定のご連絡は、医療機関より直接お電話にてお知らせします。
- ・予約状況により、希望日の変更等をご案内させていただく場合があります。
- ・オプションの女性検診は受診可能日がありますので、ご注意ください。
<受診可能日> 清水厚生病院：月～金（※火・木は乳がん検診のみ）
中伊豆温泉病院：火・木
- ・ドック料金には昼食代が含まれています。
- ・年齢等により実施できない検査項目があった場合、または昼食をキャンセルされた場合でも、ドック料金に変更はありません。
- ・ドック料金は、受診日当日に医療機関にて直接お支払いください。
(お支払い方法：現金もしくはクレジットカード)
- ・土日、祝日は人間ドックを実施しておりませんので、あらかじめご了承ください。
- ・人間ドックの内容に関するお問い合わせや、キャンセルや変更等のご連絡は、医療機関へ直接お願いします。
なお、混雑を避けるため、平日13時30分～16時30分のご連絡にご協力をお願いします。
- ・本申込書に記載された個人情報は、人間ドックのお申し込み確認およびご案内等、関連業務に限り使用いたします。
※本人間ドックは、JA共済の助成により実施しております。