

短期人間ドック利用承認証

承認番号		第	号	承認年月日	年	月	日	
会員番号								
区分		① 日帰り		② 1泊2日				
利用者	氏名	男 女						
	生年月日	年 月 日			歳			
実施医療機関		病院名	サンシャイン・メドック 高岡市民病院					
		期 日	日帰り	年 月 日				
			1泊2日	(自)	年 月 日		(至)	
<p>上記の者は、本サービスセンターが行う短期人間ドックの利用を承認した者であります。</p> <p>年 月 日</p> <p>(公財)高岡市勤労者福祉サービスセンター 理事長 印</p>								
<p>※受診証明欄</p> <p>年 月 日</p> <p>実施医療機関名</p> <p>担当医師名 印</p>								
<p>(注) ①利用者は、利用承認証を必ず持参すること。 ②利用者は、会員期間3ヶ月以上で45歳以上の会員が対象です。 ③サービスセンター印のない承認証は、無効となります。</p>								