

年 月 日

群馬県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長

人間ドック利用取消報告書

このことについて、下記のとおり取消が生じたので報告します。

記

決定者		区分	検査機関名	利用予定日	取消事由	検査機関報告日
記号番号	組合員氏名					
		MR I 脳 日帰り 1泊		年 月 日		年 月 日
		MR I 脳 日帰り 1泊		年 月 日		年 月 日
		MR I 脳 日帰り 1泊		年 月 日		年 月 日
		MR I 脳 日帰り 1泊		年 月 日		年 月 日
		MR I 脳 日帰り 1泊		年 月 日		年 月 日
		MR I 脳 日帰り 1泊		年 月 日		年 月 日

(注) 取消者分の「人間ドック助成券」を添付すること。