

様式 1

(一社) 茨城県トラック協会長 殿

年 月 日

住 所

事業者名

代表者名

担当者名

電話番号

印

脳MRI健診受診申込書

当社は、貴協会の「脳MRI健診受診助成金交付要綱」に基づき、当社所属の運転者に脳MRI健診を受診させたいので申込みます。

記

No.	(フリガナ) 氏 名・生年月日	受 診 希 望 医療機関No.	第 1 希 望 日	第 2 希 望 日	決定受診日 (機構記入欄)
1	(フリガナ) _____ 西 暦 年 月 日 生		月 日 () AM・PM	月 日 () AM・PM	月 日 () 時 分
2	(フリガナ) _____ 西 暦 年 月 日 生		月 日 () AM・PM	月 日 () AM・PM	月 日 () 時 分
3	(フリガナ) _____ 西 暦 年 月 日 生		月 日 () AM・PM	月 日 () AM・PM	月 日 () 時 分
4	(フリガナ) _____ 西 暦 年 月 日 生		月 日 () AM・PM	月 日 () AM・PM	月 日 () 時 分
5	(フリガナ) _____ 西 暦 年 月 日 生		月 日 () AM・PM	月 日 () AM・PM	月 日 () 時 分

*受診希望医療機関は、別紙「助成対象医療機関一覧表」よりお選び下さい。

一般社団法人運転従事者脳MRI健診支援機構 御中

上記のとおり申込みがありましたので、健診受診手続きをお願い申し上げます。

受付印

一般社団法人茨城県トラック協会長