健康診断受診に係るFAX送信票

岩手県教育委員会事務局　教職員課　免許担当　行　　　（FAX：019-629-6134）

①　**発信者　氏　名**：

**受験校種**：　　　　　　　　　　　**受験番号：**

②**発信者　連絡先電話番号：**

※この報告内容で不明な点がある場合、教職員課から問い合わせする場合があります

③**健康診断受診対象　　該当　　・　　非該当**　※どちらかに〇をお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　該当の方のみ以下の項目を記入ください。

**健康診断受診についての報告**

　教員採用に係る健康診断受診について、次のとおり予約したので、報告します。

④　**受診医療機関名**：

　　注１）　公的医療機関（国立〇〇病院、県立○○病院、市（町村）立〇〇病院）であり、岩手県知事あての**請求書発行による健康診断ができる**場合　→　岩手県費で負担できます。

　　注２）　私立病院等は、健康診断料は**自己負担**していただきます。

⑤　**健康診断料金の支払い** → □　岩手県費　／　□　本人支払（自己負担）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（該当する方にチェックしてください。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　見積金額：　　　　　　　　円

⑥　**受診医療機関住所**：

⑦　**受診医療機関電話番号**：

　　注１）健康診断を予約した際、担当課（科）名、担当者、内線番号を確認できた場合は、記入願います。

担当課（科）名

担当者名

内線番号

⑧　**受診予定日**：令和７年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　※受診日は、令和７年１月１日以降でなければなりません。