

定期・特殊健康診断申込書

下記のとおり定期・特殊健康診断を申込みます。

年 月 日

四日市羽津医療センター 健康管理センター 行

事業所所在地

事業所名称

TEL

担当者氏名

健診を希望される方は、以下の項目をご記入ください。

個人 No.	健康保険証 記 号	健康保険証 番 号	フリガナ	性別	生年月日	年齢	定期健康診断 希望するものを ○で囲んで下さい			健診希望年月日	特 殊 健 康 診 断 (希望するものを○で囲んで下さい)
			氏 名				A				
				男・女			A			年 月 日	1.有機溶剤(溶剤名) 2.じん肺 3.鉛 4.塩素 5.クロム 6.電離 7.その他 ()
				男・女			A			年 月 日	1.有機溶剤(溶剤名) 2.じん肺 3.鉛 4.塩素 5.クロム 6.電離 7.その他 ()
				男・女			A			年 月 日	1.有機溶剤(溶剤名) 2.じん肺 3.鉛 4.塩素 5.クロム 6.電離 7.その他 ()
				男・女			A			年 月 日	1.有機溶剤(溶剤名) 2.じん肺 3.鉛 4.塩素 5.クロム 6.電離 7.その他 ()
				男・女			A			年 月 日	1.有機溶剤(溶剤名) 2.じん肺 3.鉛 4.塩素 5.クロム 6.電離 7.その他 ()
				男・女			A			年 月 日	1.有機溶剤(溶剤名) 2.じん肺 3.鉛 4.塩素 5.クロム 6.電離 7.その他 ()
				男・女			A			年 月 日	1.有機溶剤(溶剤名) 2.じん肺 3.鉛 4.塩素 5.クロム 6.電離 7.その他 ()
				男・女			A			年 月 日	1.有機溶剤(溶剤名) 2.じん肺 3.鉛 4.塩素 5.クロム 6.電離 7.その他 ()
				男・女			A			年 月 日	1.有機溶剤(溶剤名) 2.じん肺 3.鉛 4.塩素 5.クロム 6.電離 7.その他 ()
				男・女			A			年 月 日	1.有機溶剤(溶剤名) 2.じん肺 3.鉛 4.塩素 5.クロム 6.電離 7.その他 ()

(注) この健診結果は、受診者様自身の今後の健診・治療及び保健師等による事後指導を受ける時に限り使われます。

四日市羽津医療センター
健康管理センター 発行