

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 頁

書類送付先等の確認 (下記□にチェックをお願いします。)						
問診票	<input type="checkbox"/>	事業所	<input type="checkbox"/>	その他()		
結果	<input type="checkbox"/>	本人用	<input type="checkbox"/>	事業所	<input type="checkbox"/>	その他()
	<input type="checkbox"/>	事業所控	<input type="checkbox"/>	事業所	<input type="checkbox"/>	その他()
支払方法	<input type="checkbox"/>	事業所請求	<input type="checkbox"/>	その他()		

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。

(記入不要)	記号	番号	フリガナ	性別	生年月日	年齢	定期健康診断		健診希望年月日	特殊健康診断
			氏名				(希望するものを○で囲んで下さい)	(希望するものを○で囲んで下さい)		
				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()

四日市羽津医療センター

健康管理センター 発行

(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。