

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。

平成 年 月 日

四日市社会保険病院 健康管理センター 殿

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 氏 名	性 別	生 年 月 日	年 齢	定期健康診断 (※ア～エのいずれか)	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)
				男・女			A B コ-ス コ-ス	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 B コ-ス コ-ス	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 B コ-ス コ-ス	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 B コ-ス コ-ス	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 B コ-ス コ-ス	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 B コ-ス コ-ス	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 B コ-ス コ-ス	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 B コ-ス コ-ス	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 B コ-ス コ-ス	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 B コ-ス コ-ス	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 B コ-ス コ-ス	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。