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（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）
				男・女			A コース　B コース	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 コース　B コース	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 コース　B コース	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 コース　B コース	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 コース　B コース	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 コース　B コース	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 コース　B コース	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 コース　B コース	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 コース　B コース	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 コース　B コース	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。

四日市社会保険病院
健康管理センター　発行
※平成26年4月より四日市羽津医療センター（仮称）へ移行