

健康診断申込書

(一社)香川労働基準協会丸亀支部 御中

【FAX送付先:0877-58-1261】

令和 年 月 日

事業場名		担当者	
所在地	〒	TEL	FAX
受診希望日時	令和 年 月 日 (午前・午後・どちらでもよい)	受診会場	

No.	氏名	フリガナ	性別	生年月日	雇入れ年月日		一般健康診断					特殊健康診断						
					雇入	他	A	B	C	D	他	有機	特化	ヒューム	じん肺	他		
1			男 女	S H	・ ・	H R	・ ・											
2			男 女	S H	・ ・	H R	・ ・											
3			男 女	S H	・ ・	H R	・ ・											
4			男 女	S H	・ ・	H R	・ ・											
5			男 女	S H	・ ・	H R	・ ・											
6			男 女	S H	・ ・	H R	・ ・											
7			男 女	S H	・ ・	H R	・ ・											
8			男 女	S H	・ ・	H R	・ ・											
9			男 女	S H	・ ・	H R	・ ・											
10			男 女	S H	・ ・	H R	・ ・											

- ★ 氏名等楷書で正確に記入し、希望コースに○印をつけてください。
- ★ 追加項目をご希望の方はご連絡ください。(腎機能、前立腺がん、卵巣がん、消化器系がん、ピロリ菌、蜂アレルギー、肝炎及び便潜血等)
- ★ 有機溶剤、特定化学物質を受診の方は、対象物質を空欄にご記入ください。