一般健康診断申込書（労働安全衛生法による健診）

（様式第1号）

平成　　年　　月　　日

医療法人　医理会　柿添病院
健診係り　宛　　TEL　0950-23-2151　　FAX　0950-22-5131

事業所名			健診者数　　名
所在地	〒		40才未満（　　名） 40才以上（　　名）
ご担当者		TEL　（　　）-	FAX　（　　）-

フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	健診希望日	備考
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	
	男・女	T・S・H 年　月　日		H　年　月　日	

1.健診受診者の氏名・性別・生年月日・年齢・健診希望日をご記入後、ご返送下さい。
（健診日は当院の都合等によりご希望にそえられない場合もございます。予め御了承下さい。
後日、健診担当より電話にて日程の調整をさせていただきます）
2.労働基準監督署規定以外に検診項目の追加（オプション）がある場合、健診担当者にお申出下さい。

※この申込書に係る個人情報は、健診申込み以外に使用することはありません。