

申込みは年度内の一括申込みとなりますので、年2回実施される事業所につきましては2回分の申込みをお願いします。尚、特定業務従事者検診等は、年2回の健康診断が義務づけられています。

## 巡回健康診断申込書

(一財) 東海検診センター 行

令和7年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

健康診断担当者

TEL ( ) 所属 ( )

FAX ( ) 氏名 ( )

請求送付先 名称

(上記と異なる場合) 住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

結果送付先 名称

(上記と異なる場合) 住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

健 診 種 類	予 定 人 数	備 考 欄
法定健診	人	
協会管掌健診	人	
その他の健保	人	健保名
特殊検診(※1)	項目・溶剤・人数等記入欄	
オプション健診		
健診希望時期	月 どうしても実施できない曜日・時間帯 ( )	
各種検査のできる部屋の有無	できましたら2部屋 有 ・ 無	
健診会場住所 (上記住所と異なる場合のみ記入)		
受診者名簿の媒体	1. メール 2. FAX 3. その他 ( )	
メールアドレス		

注 受診者予定名簿は健診希望月の一ヶ月前迄に送付下さいます様ご協力の程お願い申し上げます。

※1 有機溶剤と特定化学物質については物質によって検査項目が異なりますので、必ず受診者名簿(取扱対象者)に取扱物質名をご記入してください。

# 受診者名簿

御中

ご担当者様へ

受診者名簿は、氏名、性別、生年月を空欄にご記入ください。ご希望の健診項目に○をご記入ください。

2月14日(金)までに 協同組合 沼津卸商社センター様へ提出をお願い致します。

※オプション検査をご希望の方は備考欄にオプションの番号をご記入ください。

【個人情報保護法について】

ご送付頂いた個人情報につきましては、検診終了後、当センター規程に基づいて適切に処理致します。

No.	漢字氏名	フリガナ	性別	生年月日	健診項目(注1)		備考
					全部	省略	
1			男・女	. .	全部	省略	
2			男・女	. .	全部	省略	
3			男・女	. .	全部	省略	
4			男・女	. .	全部	省略	
5			男・女	. .	全部	省略	
6			男・女	. .	全部	省略	
7			男・女	. .	全部	省略	
8			男・女	. .	全部	省略	
9			男・女	. .	全部	省略	
10			男・女	. .	全部	省略	
11			男・女	. .	全部	省略	
12			男・女	. .	全部	省略	
13			男・女	. .	全部	省略	
14			男・女	. .	全部	省略	
15			男・女	. .	全部	省略	
16			男・女	. .	全部	省略	
17			男・女	. .	全部	省略	
18			男・女	. .	全部	省略	
19			男・女	. .	全部	省略	
20			男・女	. .	全部	省略	
21			男・女	. .	全部	省略	
22			男・女	. .	全部	省略	
23			男・女	. .	全部	省略	
24			男・女	. .	全部	省略	
25			男・女	. .	全部	省略	
26			男・女	. .	全部	省略	
27			男・女	. .	全部	省略	
28			男・女	. .	全部	省略	
29			男・女	. .	全部	省略	
30			男・女	. .	全部	省略	

(注1) 該当する健診項目に○を付けて下さい。

記入欄が足りない様でしたらコピー願います。