

# 定期健康診断受検申込依頼書 兼 受検証明書

(   /   )

事業所名 代表者名	医療機関名 代表者名		生年月日 (健診受検日当日の年齢)	健診希望日	健診実施日	医療機関 確認印
	氏名 (代表者印)	印				
1	-----	-----	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
2	-----	-----	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
3	-----	-----	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
4	-----	-----	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
5	-----	-----	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
6	-----	-----	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
7	-----	-----	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
8	-----	-----	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
9	-----	-----	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
10	-----	-----	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

○ハートピア会員事業所様は太枠内を記入・押印し医療機関にお申込みください。

○医療機関様は健診後に以下をお願いいたします。

- ① 健診実施日を記入、医療機関確認印の押印。
- ② 医療機関名、代表者名を記入の上、社判、または代表者印を押印。
- ③ ハートピア会員事業所に本書をお返しください。

●コピーしてご利用ください。

公益財団法人厚木市勤労者福祉サービスセンター