【FAX：017－723－5741】
【e-mail：kensinn@aoroki.sakura.ne.jp】

青森地区労働基準協会（健診担当）行
（☎017-723-1755）

健康診断受診申込書

令和　　年　　月　　日

事業所名	
所在地	〒
担当者	部　署：　　　　　氏　名：
連絡先	電　話：　　　　　ＦＡＸ：
	e-mail：

［日　程　欄］

実施場所	☐ 自　社（巡回） ☐ 集合健診会場（会場名：　　　　　） ☐ 疾病予防施設慈恵クリニック
希望時期	月（上・中・下旬）頃
	又は　月　日（　）　で、ご案内中の集合健診会場
時間	時　～　時　※ AM ・ PM　希望
※ 実施日につきましては後日、担当者より連絡の上調整させていただきます。 ※ 集合健診等で人数が集中した場合は時間帯をご指定する場合があります。	

［項　目　欄］　人数は概算で結構です。後日、健診機関より氏名連絡表が送付されます。

定期健診	人数	特殊健診	人数	特殊健診	人数
☐ 定期Ａ		有機溶剤		☐ じん肺	
☐ 定期Ｂ		☐ トルエン		☐ 石綿	
☐ 雇入時		☐ キシレン		☐ 鉛	
☐ 深夜業務		☐ その他		☐ 騒音	
☐ 協会けんぽ		（　　）		☐ 高気圧	
オプション	人数	特定化学物質		☐ 塩素	
☐ アレルギー		☐ スチレン		☐ 振動工具	
☐ 尿酸		☐ エチルベンゼン		☐ 情報機器	
☐ 眼底		☐ ﾒﾁﾙｲｿﾌﾞﾁﾙｹﾄﾝ		（定期・配置前）	
☐ 腫瘍マーカー		☐ マンガン		☐ 腰痛	
☐ がん検査		☐ 溶接ヒューム		（定期・配置前）	
☐ その他		☐ その他		☐ その他	
（　　）		（　　）		（　　）	

［備　考　欄］

◎ 受診者がお決まりの場合は、氏名、フリガナ、性別、生年月日をご記入ください。
◎ その他、ご希望、オプション詳細、ご質問等あればご記入ください

お知らせ
◎ 健診結果発送料及び事務手数料を請求させていただく場合がございます。