

健康診断受診者名簿

事業所名

様

加入健保名 (ご加入の健康保健組合がございましたらご記入ください。)

健康保健組合

氏名	ふりがな	性別	生年月日	受診希望日	健診種別	保険証記号・番号	備考
記入例 予防太郎	よぼう たらう	男 女	西暦 1969年 11月 2日	4月 19日	定期 A1	記号：987 番号：12345	
1		男 女	年 月 日	月 日			
2		男 女	年 月 日	月 日			
3		男 女	年 月 日	月 日			
4		男 女	年 月 日	月 日			
5		男 女	年 月 日	月 日			
6		男 女	年 月 日	月 日			
7		男 女	年 月 日	月 日			
8		男 女	年 月 日	月 日			
9		男 女	年 月 日	月 日			
10		男 女	年 月 日	月 日			
11		男 女	年 月 日	月 日			
12		男 女	年 月 日	月 日			
13		男 女	年 月 日	月 日			
14		男 女	年 月 日	月 日			
15		男 女	年 月 日	月 日			

お問合せ先

〒020-8585 岩手県盛岡市北飯岡 4-8-50

公益財団法人岩手県予防医学協会

施設健診課 / 産業健診課

☎ 019-638-7182・7187 (ダイヤルイン)

fax 019-637-1278