特定業務・特殊健康診断受診予定者名簿 （希望する健診に必ず○をつけてください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | |  | | | | | | | |  | | ご担当 | |  | 荘内地区健康管理センター  事業推進課  TEL：0235-22-6445  FAX：0235-25-2216  E-mail：kenshin@tsuruoka-med.jp | |
| 事業所  所在地 | |  | | | | | | | | | | 電話番号 | |  |
| FAX番号 | |  |
|  | 予約日 | 時間 | 氏名／カナ | | 性別 | 生年月日 | 年度年齢 | 特定業務 | 特殊健診 | | | | 溶剤名 | | 備考 |
| 有機 | | 特化物 | |
| 1 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |
| 2 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |
| 3 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |
| 4 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |
| 5 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |
| 6 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |
| 7 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |
| 8 |  | **：** |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |

　◆特殊健診をお申し込みの際は、使用している溶剤名等をご記入ください。