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：0235-22-6445FAX：0235-25-2216E-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。