

健康診断希望確認書

() 行

※送付先事業所名と担当部門名をご記入下さい。

記入日： 年 月 日

項 目		記 入 欄	
ご氏名			
ご 連 絡 先	ご住所	〒 ー	
	電話番号	() ー ※ご連絡にご都合の良い時間帯をご記入ください。 ①終日 ②午前 ③午後 ④ 時～ 時の間	
勤務経歴（概略） 対象期間と、その間の 勤務事業所名をご記入 ください。		年 ～ 年	
		年 ～ 年	
		年 ～ 年	
		退職時勤務事業所	
アスベスト取扱状況 ご記憶の範囲で結構 ですので、なるべく 具体的にご記入くだ さい。		取扱時の所属部署： 使用時期・期間・頻度： 作業場所・作業内容・取扱状況：	
備考欄			

*当申込書で記載された個人情報につきましては、退職者健診の受付にのみ利用し、
他の目的に利用することはありません。