石狩商工会議所　健康維持増進支援事業　健康診断受診申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業主名 | 住　　所 | 〒 |
| 会社名 | |
| 代表者名 | |
| 電話番号　　（　　　　）　　　　－ | |
| 担当者名 | |

下記のとおり、石狩商工会議所が実施する健康維持増進支援事業に基づく健康診断について、当社の経営者、役員、従業員(家族従業員を含む)のうち、石狩市内の事業所に就労する者の健康診断受診を申込みます。

令和　　年　　月　　日

希望医療機関：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | フリガナ  氏　　　　　名 | 性別 | 受診希望日 | 健康診断メニュー | | | | | | 病院記入欄  (実施日) |
| 1 |  | 男 女 | 月　　日  または  上･中･下旬 | 法定Ａ | 法定Ｂ | 雇入Ｃ | 生　活  習慣病 | 食　品  取扱者 | 脳ドック | 月　　日  □　実施済  □　予　定 |
|  |
| 昭・平　　　年　　　月　　　日生(　　　才) | |
| 2 |  | 男 女 | 月　　日  または  上･中･下旬 | 法定Ａ | 法定Ｂ | 雇入Ｃ | 生　活  習慣病 | 食　品  取扱者 | 脳ドック | 月　　日  □　実施済  □　予　定 |
|  |
| 昭・平　　　年　　　月　　　日生(　　　才) | |
| 3 |  | 男 女 | 月　　日  または  上･中･下旬 | 法定Ａ | 法定Ｂ | 雇入Ｃ | 生　活  習慣病 | 食　品  取扱者 | 脳ドック | 月　　日  □　実施済  □　予　定 |
|  |
| 昭・平　　　年　　　月　　　日生(　　　才) | |
| 4 |  | 男 女 | 月　　日  または  上･中･下旬 | 法定Ａ | 法定Ｂ | 雇入Ｃ | 生　活  習慣病 | 食　品  取扱者 | 脳ドック | 月　　日  □　実施済  □　予　定 |
|  |
| 昭・平　　　年　　　月　　　日生(　　　才) | |
| 5 |  | 男 女 | 月　　日  または  上･中･下旬 | 法定Ａ | 法定Ｂ | 雇入Ｃ | 生　活  習慣病 | 食　品  取扱者 | 脳ドック | 月　　日  □　実施済  □　予　定 |
|  |
| 昭・平　　　年　　　月　　　日生(　　　才) | |
| 6 |  | 男 女 | 月　　日  または  上･中･下旬 | 法定Ａ | 法定Ｂ | 雇入Ｃ | 生　活  習慣病 | 食　品  取扱者 | 脳ドック | 月　　日  □　実施済  □　予　定 |
|  |
| 昭・平　　　年　　　月　　　日生(　　　才) | |
| 7 |  | 男 女 | 月　　日  または  上･中･下旬 | 法定Ａ | 法定Ｂ | 雇入Ｃ | 生　活  習慣病 | 食　品  取扱者 | 脳ドック | 月　　日  □　実施済  □　予　定 |
|  |
| 昭・平　　　年　　　月　　　日生(　　　才) | |
| 8 |  | 男 女 | 月　　日  または  上･中･下旬 | 法定Ａ | 法定Ｂ | 雇入Ｃ | 生　活  習慣病 | 食　品  取扱者 | 脳ドック | 月　　日  □　実施済  □　予　定 |
|  |
| 昭・平　　　年　　　月　　　日生(　　　才) | |
| 9 |  | 男 女 | 月　　日  または  上･中･下旬 | 法定Ａ | 法定Ｂ | 雇入Ｃ | 生　活  習慣病 | 食　品  取扱者 | 脳ドック | 月　　日  □　実施済  □　予　定 |
|  |
| 昭・平　　　年　　　月　　　日生(　　　才) | |
| 10 |  | 男 女 | 月　　日  または  上･中･下旬 | 法定Ａ | 法定Ｂ | 雇入Ｃ | 生　活  習慣病 | 食　品  取扱者 | 脳ドック | 月　　日  □　実施済  □　予　定 |
|  |
| 昭・平　　　年　　　月　　　日生(　　　才) | |

＜記入上の注意＞ 健康診断メニュー欄は、希望する検診の欄に○印を、受診希望日は、受診したい日または上･中･下旬に○印を記入して下さい。

予約状況により、ご希望の月又は医療機関で受診できない事がありますのでご了承下さい。

**本書に記載の氏名・生年月日等は、健康維持増進支援事業以外には使用いたしません。**