

特殊健康診断 申込書 (有機溶剤・特定化学物質)

送り先：藤枝市立総合病院 健診推進室 FAX：054-646-1313

カナ
事業所名

担当者

住所〒

電話番号

FAX番号

【結果の追加希望】 ※受診者本人の同意を得ている場合は、コピーにて事業所に提供します。

事業所が個々の受診者の健診結果を入手したい場合は、「要配慮者個人情報の第三者提供」に該当するため、受診者本人の同意を得ていない場合は、情報提供ができません。

事業所が受診者本人に対して、個人情報提供の同意を得ていますか？ → はい

※下記太枠内のみご記入ください。 ※対象物質に○をご記入ください。

No	カナ 氏名	性別	生年月日	雇入年月日	住所 電話番号 (※他健診と一緒に申し込む場合 記入不要)	有機溶剤名		特定化学物質		備考欄	※病院使用欄 受診日・時間
						トルエン	キシレン	ノルマルヘキサン	エチルベンゼン		
1		男・女			〒 TEL:						
2		男・女			〒 TEL:						
3		男・女			〒 TEL:						
4		男・女			〒 TEL:						
5		男・女			〒 TEL:						
6		男・女			〒 TEL:						
7		男・女			〒 TEL:						
8		男・女			〒 TEL:						