

# 集団健診受診者名簿

2024年度

宇都宮市医療保健事業団 行  
 ( TEL 028-625-2213 )  
 ( FAX 028-625-2215 )

事業所名			
事業所住所			
TEL	-	-	担当
FAX	-	-	

下記のとおり定期健康診断を申し込みます。

フリガナ 氏名	生年月日	性別	健診日	コース	追加項目				備考
					胃部X線検査	大腸がん検査	眼底検査	肝炎検査	
1	年 月 日	男女							
2	年 月 日	男女							
3	年 月 日	男女							
4	年 月 日	男女							
5	年 月 日	男女							
6	年 月 日	男女							
7	年 月 日	男女							
8	年 月 日	男女							
9	年 月 日	男女							
10	年 月 日	男女							
11	年 月 日	男女							
12	年 月 日	男女							
13	年 月 日	男女							
14	年 月 日	男女							
15	年 月 日	男女							

※ 労働者は法令（労働安全衛生規則第44条）により、1年以内ごとに1回の健康診断が義務付けられています。