

健診等情報提供・開示申込書

一般財団法人 佐賀県産業医学協会
理事長 殿

令和 年 月 日

請求者 (医師)	医療機関名	電話番号
	所在地	
	医師名 (印)	- -

下記の方(対象者)の情報の提供・開示をお願いします。

なお、この依頼につきましては、対象者の同意を得ていることを誓います。

対象者	事業所名	生 年 月 日
	氏 名	年 月 日生

必要な物	貸出 ・ コピー ・ 再発行
	心電図 ・ X線写真 ・ 個人通知書 ・ 精密紹介状 ・ ()

※ X線直接撮影写真の貸出しを受けられた方は、目的終了後速やかに返却をお願いします。

健診日	今年度 ・ 1年前 ・ 2年前 希望するものに○を記入してください。
	令和 年 月 日 / 平成 年 月 日 / 平成 年 月 日

申込書受付