

健診等情報訂正・削除依頼書

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 (頼んだ人)	事業所名	生 年 月 日
	所在地	年 月 日生
	氏 名	電 話 番 号
		会社 自宅

窓口 に 来 た 人	住 所	生 年 月 日
	氏 名	年 月 日生
	電話番号	請求者との関係
		本人・()

□ 情報訂正	平成・令和 年 月 日実施の健診情報に関して、以下の通り訂正してください。	
	(旧 内 容)	(新 内 容)

□ 情報削除	平成・令和 年 月 日実施の健診情報に関して、以下の通り削除してください。	
	(削除内容)	

身 元 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 官公庁職員身分証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他写真付きの身分証明書	備 考
-----------------------	---	-----

申込書受付