

## 令和4年度 健康診断申込書

事業所名

所在地

TEL

担当者名

NO	フリガナ	てだこ共済 加入の有無	日時(第一希望)	日時(第二希望)
	受診者名			
1	フリガナ)	有 ・ 無	日 時	日 時
2	フリガナ)	有 ・ 無	日 時	日 時
3	フリガナ)	有 ・ 無	日 時	日 時
4	フリガナ)	有 ・ 無	日 時	日 時
5	フリガナ)	有 ・ 無	日 時	日 時
6	フリガナ)	有 ・ 無	日 時	日 時
7	フリガナ)	有 ・ 無	日 時	日 時
8	フリガナ)	有 ・ 無	日 時	日 時
9	フリガナ)	有 ・ 無	日 時	日 時
10	フリガナ)	有 ・ 無	日 時	日 時

該当項目に 印をして下さい。受診者が多い場合は、複写してご使用下さい。

日本語での会話に支障がある外国人の方が受診される場合は、通訳の方を同行させてください。

検診結果は、事業所へ郵送いたします。

上記日時に浦添市産業振興センター・結の街においての受診者に限ります。

本申込フォームに記載いただいた情報は、健診会場で感染者が発生した際、保健所等の公的機関に提供する場合や受診者名簿作成等に使用させていただきますので、予めご了承下さい。