

# 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 木本 雅夫 殿

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

<b>請 求 者</b> (頼んだ人)	事業所名 (株) ○○○○	生 年 月 日
	所在地 佐賀市 ○○ 4丁目 5-15	S54 年 3 月 2 / 日生
	氏 名 佐賀太郎 (印)	電 話 番 号
		(会社) 0952-12-3456 自宅

私(請求者)は下記の者(受領者)に、下記の情報の提供・開示がなされることに同意します。

<b>受 領 者</b>	事業所名 同上	生 年 月 日
	所在地 同上	S48 年 7 月 9 日生
	電話番号 - -	請 求 者 と の 関 係
	氏 名 本人名 又は 担当者名 (印)	(本人) (担当者) ( ) ↑ 又は ↑

<b>必要な物</b>	貸出 ・ コピー ・ (再発行) ← 1つを○で囲む
	例 (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。

<b>健 診 日</b>	(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。
	平成28 年 9 月 / 日 / 平成 年 月 日 / 平成 年 月 日

<b>使用目的</b> 請求者がご本人以外の場合のみご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 病院等への提出の為 <input type="checkbox"/> 生命保険加入 <input type="checkbox"/> その他( )
---------------------------------------	---

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
-----------------------	---	-----

<b>料 金</b>	X線フィルムコピー 1枚 540円(税込) 枚	領 収 者
	CD-R 1枚 1,080円(税込) 枚	

申込書受付