

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

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

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。

受領者	事業所名	生 年 月 日
	所在地	年 月 日生
	電話番号	請求者との関係
	氏 名	本人・担当者・()

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

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

身元確認欄	<input type="radio"/> 運転免許証 <input type="radio"/> 旅券(パスポート) <input type="radio"/> 官公庁職員身分証明書 <input type="radio"/> 健康保険証 <input type="radio"/> その他写真付きの身分証明書	備考
-------	--	----

料金	X線フィルムコピー 1枚 550円(税込) 枚	領収者
	CD-R 1枚 1,100円(税込) 枚	

申込書受付