

磐田市立総合病院健診センター

FAX 0538-38-5059

労災二次健診の申し込み書

フリガナ			
氏名			
生年月日	西暦	年	月 日
住所	〒		
磐田市立総合病院受診歴（健診を含む）	あり	なし	
健康診断実施日	西暦	年	月 日

【受診希望日】

健康診断実施日から3カ月以内の期間で、ご記入ください。

実施曜日は火・木・金の午前中のみとなります。

第1希望	西暦	年	月	日
第2希望	西暦	年	月	日
第3希望	西暦	年	月	日

【申し込み担当者ご連絡先】

所属	
氏名	
電話（内線）	

この用紙と、健康診断結果（労災二次健診に該当していることがわかるもの）を上記番号へFAXして下さい。

担当より、後日ご連絡差し上げます。