

＜ 定期（特殊）健康診断申込書 ＞

事業所名		担当者名	
同所在地		電話番号	

◎巡回診断

◇希望時期 _____ 月頃
 （年 2 回の場合、両月ともご記入下さい。）

一般検診 A	名
一般検診 B	名
生活習慣病	名
胃部X線撮影	名
有機溶剤	名
じん肺	名
鉛	名
その他	名

◎集合検診

◇希望会場： _____ 日付 _____ 月 _____ 日
 （日程表の会場名・日付をご記入ください。）

一般検診 A	名
一般検診 B	名
生活習慣病	名
胃部X線撮影	名
有機溶剤	名
じん肺	名
鉛	名
その他	名

八王子労働基準協会支部 行

（八王子市明神町1-10-14 TEL：042-644-2090 FAX：042-644-2092）