FAX 送信票

令和　　年定期健康診断申込書

事業場名	
所在地	
担当者名	
TEL	

会　場 日　時	□　**会場　金沢病院健康管理センター**（金沢市沖町ハ-15　TEL 076-251-1113 ） □　**日時希望** 第１健診希望日時　令和　　年　　月　　日　　午前　　午後 第２健診希望日時　令和　　年　　月　　日　　午前　　午後 健診日時は、金沢病院健康管理センターとの調整により決められます。				
受診人数		男	女	合計	備考
	健診Ａ				健診Ａは健診Ｂ以外の方です。
	健診Ｂ				健診Ｂは35歳及び40歳以上の方で、血液検査、心電図検査があります。
	合計				

令和　　年　　年　　日

（一社）金沢労働基準協会　行

FAX　076-224-2554