令和　　年新規定期健康診断申込書

健診会場	□　金沢病院健康管理センター（金沢市沖町ハ１５）

新規申込み者を下記にご記入下さい。

№.	ふ　り　が　な 受診者氏名	生　年　月　日	性　別	健診種別
1		年　　月　　日	男　女	A　B
2		年　　月　　日	男　女	A　B
3		年　　月　　日	男　女	A　B
4		年　　月　　日	男　女	A　B
5		年　　月　　日	男　女	A　B
6		年　　月　　日	男　女	A　B
7		年　　月　　日	男　女	A　B
8		年　　月　　日	男　女	A　B
9		年　　月　　日	男　女	A　B
10		年　　月　　日	男　女	A　B

※　健診Ａは健診Ｂ以外の方です。

健診Ｂは 35 歳及び 40 歳以上の方です。

事業場名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（一社）金沢労働基準協会　行

ＦＡＸ　076-224-2554