石川県印刷工業組合　行　FAX:076-291-7812

提出日　　年　　月　　日

2024年度　健康診断受診者名簿

事業所名 ﾌﾘｶﾞﾅ	担当者名　　様
住　所	〒　　－
電話番号	ＦＡＸ番号
加入健康保険組合	全国健康保険協会(協会けんぽ)　・その他(　　)

・太枠(受診者名、受診項目等)をご記入の上**9月27日（金）まで**にご提出ください。
・ご希望日が満員の場合はご変更をお願いする場合もありますのでご了承ください。

【お問合せ先】
一般財団法人　石川県予防医学協会
業務部　渉外グループ　矢吹
TEL:076-249-7222　FAX：076-269-4663

団体番号	※当方記入欄	受診票作成	要　・　不要 ※当方記入欄
		名簿取り込み ※当方記入欄	済　・　依頼中

【希望日をご記入ください】
11/13(水)　11/14(木)　11/15(金)
＊希望の時間帯に〇をつけてください

別紙「溶剤名コード表」をご確認いただき、使用されている溶剤コードを記入ください

【個人情報の取り扱いについて】
当協会ではISO27001(情報ｾｷｭﾘﾃｨﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄｼｽﾃﾑ)認証を取得し、管理体制の強化に取り組んでおります。
お預かりする個人情報は健康診断の契約、事前準備、受付、実施、結果作成に利用し、その目的以外で使用されることはありません。

※協会けんぽ補助利用者のみ記載ください

※入社年月日は記入不要です

	保険証番号	フリガナ / 氏名	旧姓	性別	生年月日	入社年月日	受診希望日	※時間帯	A 全員 定期健康診断	B 希望者追加検査 35歳以上 胃がん	C 35歳以上 大腸がん	D 40歳以上 肺がん	E 50歳以上男性 前立腺がん	F 40歳以上女性 乳がん	P 有機溶剤	Q 特別有機溶剤	G 鉛	H クロム酸	R 備考
例)		イシカワ　ハナコ 石川　華子	山田	男・(女)	1980年　12月 31日	年　月　日	5/1	AM・PM	〇		〇		〇		1.2.31	3	〇		
				男・女	年　月　日	年　月　日		AM・PM											
				男・女	年　月　日	年　月　日		AM・PM											
				男・女	年　月　日	年　月　日		AM・PM											
				男・女	年　月　日	年　月　日		AM・PM											
				男・女	年　月　日	年　月　日		AM・PM											
				男・女	年　月　日	年　月　日		AM・PM											
				男・女	年　月　日	年　月　日		AM・PM											