石川県印刷工業組合　行

提出日　　年　　月　　日

2026 年度　健康診断受診者名簿

事業所名 ﾌﾘｶﾞﾅ	様
住　所 〒　　－	
電話番号	ＦＡＸ番号

・太枠(受診者名、受診項目等)をご記入の上**4月13日（月）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

【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。

団体番号	※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】
5/13（水）
5/14（木）
5/15（金）
※時間帯は記入不要です

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

※保険証番号は記入不要です

	保険証番号	フリガナ 氏　名	旧姓	性別	生年月日	受診希望日	※時間帯	S 有機溶剤	T 特別有機溶剤	U その他	V 備考
例)		イシカワ　ハナコ 石川　華子	山田	男・女	2022年　04月　01日	5/1		1.2.31.54	3.6.38		
				男・女	年　月　日						
				男・女							
				男・女							
				男・女							
				男・女							
				男・女							
				男・女							
				男・女							