

事業所名	記号	担当者名

フリガナと生年月日は正確にご記入ください

希望日 月 日	番号	フリガナ	性別	生年月日	健康診断				特殊 有機	オプション	
		氏 名	男 女		A	B	C	雇用時		F セット	腫瘍 マーカー
				昭和 平成 年 月 日							
				昭和 平成 年 月 日							
				昭和 平成 年 月 日							
				昭和 平成 年 月 日							
				昭和 平成 年 月 日							
				昭和 平成 年 月 日							
				昭和 平成 年 月 日							
				昭和 平成 年 月 日							
				昭和 平成 年 月 日							
				昭和 平成 年 月 日							
				昭和 平成 年 月 日							

A—35歳、40歳以上（血液検査、心電図、胸部レントゲンなどを含む健康診断）
B—20歳、25歳、30歳（胸部レントゲンは撮るが血液検査、心電図は行わない健康診断）
特定業務従事者の2回目の健康診断
C—39歳以下でB健康診断対象者以外（胸部レントゲンなし）