平成○年○月○日

部門担当者各位

株式会社　○○

　人事部長　○○　○○

定期健康診断実施連絡書

以下の日程におきまして、定期・入社時健康診断を実施しますので、受診者名簿に記入のうえ、返送してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 部 門 名 | ○○部○○課 |
| 部門担当者 | ○○　○○ |
| 対象者人数 | 　○　名 |
| 受診日時 | ○月○日（○）～○月○日（○）　○時○分～○時○分 |
| 受診診療機関 | ○○センター |

受診者名簿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 健康保険記号・番号 | 生年月日 | 性　別 | 受診区分 | 受診日時 |
|  |  | S･H　○年○月○日 | 男 ・ 女 | ２ |  |
|  |  | S･H　 | 男 ・ 女 |  |  |
|  |  | S･H　 | 男 ・ 女 |  |  |
|  |  | S･H　 | 男 ・ 女 |  |  |
|  |  | S･H　 | 男 ・ 女 |  |  |

＊受診区分は、別紙の対象者基準を参照のうえ、番号を記入してください。

１.一般検診　２.成人病検診　３.人間ドック　４.歯科検診　５.特殊健康診断　６.その他

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |