

岐阜市保健所
地域保健課 感染症対策係 行
(FAX 252-0639)

外国人結核健診申込書

日時：平成29年10月18日(水)、10月26日(木)

10月31日(火)、11月17日(金)

：①午前9時30分～11時

②午後1時30分～3時

場所：岐阜市保健所 3階

事業所名：

所在地：

電話番号：

連絡担当者名：

受診予定者数

平成29年10月18日(水) 午前	人
午後	人
10月26日(木) 午前	人
午後	人
10月31日(火) 午前	人
午後	人
11月17日(金) 午前	人
午後	人

※後日、受診者名簿(氏名、フリガナ、生年月日、性別、国籍を記入した任意様式)を岐阜市保健所へ提出します。

健診受診者名簿

事業所名： _____

健診日： _____ 月 _____ 日 午前・午後

No.	氏名	フリガナ	生年月日	性別	国籍
1			S ・ 年 月 日	男 女	
2			H S ・ 年 月 日	男 女	
3			S ・ 年 月 日	男 女	
4			H S ・ 年 月 日	男 女	
5			S ・ 年 月 日	男 女	
6			H S ・ 年 月 日	男 女	
7			S ・ 年 月 日	男 女	
8			H S ・ 年 月 日	男 女	
9			S ・ 年 月 日	男 女	
10			H S ・ 年 月 日	男 女	