

岐阜市保健所
 地域保健課 感染症対策係 行
 (FAX: 058-252-0639)

外国人結核健診申込書

日時：平成30年11月 6日(火) 午前9時30分～11時
 11月 7日(水) 午後1時30分～ 3時
 11月14日(水) } 午前9時30分～11時
 11月29日(木) } 午後1時30分～ 3時
 11月30日(金) }

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30年11月 6日(火) 午前	人
11月 7日(水) 午後	人
11月14日(水) 午前	人
午後	人
11月29日(木) 午前	人
午後	人
11月30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
				男	女	
1			S ・ 年 月 日	男	女	
2			H S ・ 年 月 日	男	女	
3			H S ・ 年 月 日	男	女	
4			H S ・ 年 月 日	男	女	
5			H S ・ 年 月 日	男	女	
6			S ・ 年 月 日	男	女	
7			H S ・ 年 月 日	男	女	
8			S ・ 年 月 日	男	女	
9			H S ・ 年 月 日	男	女	
10			H S ・ 年 月 日	男	女	