

センター長	師長	係長	保健師	担当者

## 健康診断個人票等交付申請書（職員用）

申請日 年 月 日

フリガナ  
氏名

UID

生年月日 西暦 年 月 日

代理申請者氏名

代理申請者 UID

以下の理由により健康診断個人票等の交付を申請いたします。

### 記

- 1 所属 職名 \_\_\_\_\_ 部署 \_\_\_\_\_
- 2 使用目的 \_\_\_\_\_
- 3 提出先 \_\_\_\_\_
- 4 証明内容 西暦 \_\_\_\_\_ 年度 \_\_\_\_\_  
西暦 \_\_\_\_\_ 年度 \_\_\_\_\_  
西暦 \_\_\_\_\_ 年度 \_\_\_\_\_
- 5 部数 \_\_\_\_\_ 部

6 連絡先(TEL) \_\_\_\_\_ (内線・携帯・自宅)

※ 必ず連絡可能な番号を記入してください。

7 受取方法（下記いずれかにチェック）

- 健康管理センター（矢巾）で受取
- 所属部署の郵便宅配便受けに棚入れ
- 郵送（送付先を記載した返信用封筒に切手を貼付のうえ、申請書と一緒に提出してください。）

長3封筒：110円切手

角2・角3封筒：140円切手 【2024.10.1現在】

..... 以下 健康管理センター 担当者が記入 .....

8 交付日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日