|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| センター長 | 課長 | 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 |
|  |  |
| **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