

一般社団法人 新潟県労働衛生医学協会 殿

## 一般健康診断等記録借用依頼（貸出承諾）書

つきにより、健康診断記録の借用を依頼します。

健診種別	<input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 住民健診 <input type="checkbox"/> 精密検査 <input type="checkbox"/> その他( )		
受診者	事業所名	※ 住民健診を受診された方は記入不要です。	
	事業所在地	〒 ※ 住民健診を受診された方は記入不要です。	
	氏 名		生 年 月 日
	⑩		大・昭・平 年 月 日生
代理人	⑩		大・昭・平 年 月 日生
お届け先住所	〒 ※ お届け先が上記「事業所」以外(自宅等)の場合にのみ記入してください。		
		TEL	
借用依頼記録	<input type="checkbox"/> 胸部X線フィルム 健診日:( 年 月 日) ( 年 月 日) ( 年 月 日) 健診日:( 年 月 日) ( 年 月 日) ( 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 胃部X線フィルム 健診日:( 年 月 日) ( 年 月 日) ( 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 心電図記録紙 健診日:( 年 月 日) ( 年 月 日) ( 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィフィルム 健診日:( 年 月 日) ( 年 月 日) ( 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 眼底写真 <input type="checkbox"/> CTフィルム <input type="checkbox"/> その他( )		
	健診日:( 年 月 日) ( 年 月 日) ( 年 月 日)		

※ 本人確認のため運転免許証または各種保険証等のコピーを添付してください。

※ 依頼者が代理人の場合は、受診者の委任状を添付してください。

※ 借用料金は不要ですが、返却時の送付料金をご負担願います。

※ 依頼・返却先 〒950-1187 新潟市西区北場1185-3 新潟ウェルネス 情報処理2課 電話(025)370-1965

### 健診機関用

貸出承認処理及び特記事項	承認	照査	担当