

健康診断結果報告同意確認書

年度に実施する健康診断結果について、貴医療機関から以下の項目の報告を受けることに対し、従業員から同意を得ております。

ついては、健康診断の結果報告をいただきますようお願い致します。

どちらかお選びください。

- 法定項目のみ
- 受診した全ての項目

年 月 日

住所

事業所

代表者氏名

印

住所 木更津市かずさ鎌足 2-3-9

医療機関名 社会医療法人社団さつき会 かずさアカデミアクリニック

代表者氏名 理事長 矢田 高裕

