

元請 確認 欄	平成 年 月 日
	印

健康診断受診者名簿

以下の者は健康診断を受診していることを証明致します。

会社名 _____ 印 _____

氏名	生年月日	受診年月日	受診先名	健康状態
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否
	・ ・	・ ・		良 ・ 否

※ 健康状態欄は、良・否いずれかを○で囲むこと。