

承 諾 書

(健康診断結果送付依頼書)

医療法人社団寿会 千代田診療所で実施した 年度 (月実施) の健康診断結果票を必要とします。

下記に署名・捺印のある者の健康診断結果票の写しの作成及び送付をお願い致します。

記

	健診者氏名 (自署)		健診者氏名 (自署)
①		⑪	
②		⑫	
③		⑬	
④		⑭	
⑤		⑮	
⑥		⑯	
⑦		⑰	
⑧		⑱	
⑨		⑲	
⑩		⑳	

※労働安全衛生法 (第104条～ 健康診断等に関する秘密の保持) に規定されている内容を了承し、厳守致します。

年 月 日

事業所名 :

所在地 :

ご担当者 :