

西曆 年 月 日

一般財団法人 北陸予防医学協会 御中

私は、下記のとおり健康診断結果通知の再発行または健康診断結果証明書の発行を申請いたします。

■ 受診者情報

フリカ^{*}ナ：

氏名 (自筆): _____ 印 _____

生年月日： 年 月 日

住所：〒

電話番号（日中連絡がつく番号）：

受診時の勤務先（会社の健診の場合）：

■ 受診した健康診断の情報

受診日： 年 月 日 (特定できない場合はおおよそで結構です)

健診の種類： ☐ 定期健診 ☐ 雇入時健診 ☐ 人間ドック ☐ 特殊健診
☐ その他（ ）

■ 申請内容

☐ 健康診断結果通知の再発行 ☐ 健康診断結果証明書の発行

■ 発行・再発行を希望する理由

☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 会社提出用に必要 ☐ その他 ()

■ 本人確認書類 ※窓口にて、以下のいずれかの本人確認書類の原本をご提示ください。

☐ 運転免許証

☐ マイナンバーカード（表面のみ）

☐ パスポート (顔写真ページ)

※パスポートで現住所が確認できない場合は、現住所が確認できる書類をあわせてご提示ください。

いずれもお持ちでない場合はご連絡ください。電話 076-436-1238（音声ガイダンス2→1）

●個人情報の取り扱いについて

ご記入いただいた個人情報は、発行・再発行手続きおよび本人確認の目的にのみ利用し、他の目的には一切使用いたしません。

【健診機関記入欄】

申請書受付日： 担当者：
事務手数料： 円 ☐入金確認
交付日：