

(様式3)

定期健康診断等受診者名簿

事業者名 ○×運送株式会社

○定期健康診断受診者

No.	氏 名	受 診 日	No.	氏 名	受 診 日
1	× ○ 一 郎	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	13		令和 年 月 日
2	○ ▽ 二 郎	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	14		令和 年 月 日
3	▽ □ 三 郎	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	15		令和 年 月 日
4	□ ○ 四 郎	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	16		令和 年 月 日
5	○ × 五 郎	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	17		令和 年 月 日
6		令和 年 月 日	18		令和 年 月 日
7		令和 年 月 日	19		令和 年 月 日
8		令和 年 月 日	20		令和 年 月 日
9		令和 年 月 日	21		令和 年 月 日
10		令和 年 月 日	22		令和 年 月 日
11		令和 年 月 日	23		令和 年 月 日
12		令和 年 月 日	24		令和 年 月 日

○脳ドック受診者

No.	氏 名	受 診 日	No.	氏 名	受 診 日
1	△◇ 太郎	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	2		令和 年 月 日

【受診先医療機関様へ】 一般社団法人香川県トラック協会への助成申請のため証明願います。

令和 ○ 年 △ 月 □ 日

上記名簿記載の人物及び受診日が適切であることを認めます。

(医療機関名)

○○病院

病院から押印を
もらってください。

印

※検査医療機関から発行される請求書及び領収書に受診者名の記載がない場合のみ提出してください。