

# 受 検 者 名 簿

| 証記号番号 | 氏 名 | 性別 | 年齢 | 該当項目に○をして下さい |      |     | 受検確認をして下さい |      |     |
|-------|-----|----|----|--------------|------|-----|------------|------|-----|
|       |     |    |    | 循環器          | 消化器  |     | 循環器        | 消化器  |     |
|       |     |    |    |              | バリウム | ペプシ |            | バリウム | ペプシ |
| 1     |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 2     |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 3     |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 4     |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 5     |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 6     |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 7     |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 8     |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 9     |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 10    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 11    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 12    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 13    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 14    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 15    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 16    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 17    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 18    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 19    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 20    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 21    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 22    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 23    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 24    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |
| 25    |     |    |    |              |      |     |            |      |     |

令和 年 月 日

上記受検者名簿を受け付けました

京都自動車健康保険組合

令和 年 月 日

上記のとおり受検しました

事業所名

---

担当者名

---



\* 受検確認欄記入後当組合まで返送して下さい