

令和6年度ドライバー健康診断 (深夜業) 集団健診申込書

地区トラック協会 殿

住 所
会 社 名
代表者名
電話番号

診断結果
送付希望住所

保有車両数 _____ 両 常時専任運転者 _____ 名
(被牽引車除く)

トラック協会が実施する集団健康診断 (深夜業) に下記のとおり申し込みます。

記

1. 受診希望

会場名: _____ 日時: _____ 月 _____ 日 (_____ 時 _____ 分希望)

深夜業健診申込人数: _____ 名

2. 受診者名簿

診断種類	フリガナ氏名	生年月日	性別	診断種類	フリガナ氏名	生年月日	性別
深夜業	-----	S・H ・	男	深夜業	-----	S・H ・	男
深夜業	-----	S・H ・	女	深夜業	-----	S・H ・	女
深夜業	-----	S・H ・	男	深夜業	-----	S・H ・	男
深夜業	-----	S・H ・	女	深夜業	-----	S・H ・	女
深夜業	-----	S・H ・	男	深夜業	-----	S・H ・	男
深夜業	-----	S・H ・	女	深夜業	-----	S・H ・	女
深夜業	-----	S・H ・	男	深夜業	-----	S・H ・	男
深夜業	-----	S・H ・	女	深夜業	-----	S・H ・	女
深夜業	-----	S・H ・	男	深夜業	-----	S・H ・	男
深夜業	-----	S・H ・	女	深夜業	-----	S・H ・	女
深夜業	-----	S・H ・	男	深夜業	-----	S・H ・	男
深夜業	-----	S・H ・	女	深夜業	-----	S・H ・	女

(注) 集団深夜業健診の実施有無については地区トラック協会へお問い合わせください。

本申込書は受診を希望する会場及び受診日ごとに作成し、所属トラック協会へ提出してください。

記入漏れがある場合は受診できない場合がありますので、ご確認の上、ご提出ください。

記入頂いた個人情報は当健康診断業務以外には使用いたしません。