

健康診断ご担当者 様

品川シーズンテラス健診クリニック
〒105-0023 東京都港区芝浦 1-11-18
健診管理課 Tel : 03-3452-3381

健康診断等個人情報開示依頼書の送付について

平素より当クリニックをご利用いただき厚く御礼申し上げます。

労働安全衛生規則第 43 条以下に定めるいわゆる法定健診項目以外の健診結果報告書（控）を希望される場合（個人で申し込んだオプション検査を除く）は、受診した従業員各自の同意が必要となります。事業者として従業員の健康管理上、ご受診いただいた全ての健診項目の開示を希望される場合は、下記依頼書に必要事項をご記入いただき、PDF データでメール若しくは FAX にて送信をお願いいたします。

なお、開示依頼書は毎年度ご提出願います。

送付先

メールアドレス : shibaura_kanri@sempos.or.jp

F A X : 0 3 - 3 4 5 2 - 3 3 8 4

健康診断等個人情報開示依頼書

品川シーズンテラス健診クリニック

院長 櫻井 裕 行

年 月 日

____年度実施分の健康診断等の結果を、健康管理上必要としますので開示をお願いいたします。なお、このことについては、受診者各自の同意を得ていることを申し添えます。また、結果につきましては、健康管理以外の目的で使用しないことを誓約します。
受診者数 : _____ 名 ※受診者数が不明の場合は未記入でご提出ください。

事業所名 _____ 印

控え送付先住所 〒 _____

電話番号 _____

安全衛生管理者又は健診担当者名 _____ 印

関連会社分：含む・含まない（関連会社・支店がある場合は、「含む」に○をしてください。）

関連会社名（「含む」に○をされた場合は、**必ず関連会社名をご記入**ください。）

関連会社名 _____

その他送付方法ご希望等何かございましたらこちらにご記入ください。