

平成 年 月 日

(公財) 岩手県対がん協会  
いわて健康管理センター 宛

所在地

事業所名

事業主名

⑩

電話番号

(注意) 事業主印は必ず押印願います。

## 健康診断結果票（写し）の提供依頼書

従業員の健康管理上必要としますので、平成 年度に実施した受診者全員の健康診断結果票（写し）の提供を依頼します。

なお、提供を受けることについては、受診者から事前に同意を得ているとともに、従業員の健康管理以外の目的には使用しないことを申し添えます。

個人情報管理責任者

⑩