健　康　診　断　結　果　報　告　書

宮崎県立こども療育センター所長　殿

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　業務従事者の健康診断の結果については下記のとおりです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏名 | 受診機関名 | 所在地 | 結果 |
| １ | （記載例）宮崎　太郎 | ○○病院 | 宮崎市 | 異常なし |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |

※　氏名と受診機関名、検査結果が明記されていれば、検査機関の様式で構わない。