

埼玉県立高等学校心臓検診申込書

令和 年 月 日

公益財団法人埼玉県健康づくり事業団
 営業推進課 行
 TEL 0493(81)6029
 FAX 0493(81)6749
 E-mail shougai@saitama-kenkou.or.jp

下記のとおり心臓検診業務を委託します。

学 校 名					
住 所	〒				標準12誘導心電図
TEL・FAX	TEL	()			
	FAX	()			
E-mail アドレス			@	該当する項目 に○を付けて ください	
ご担当者様	事 務				簡略心電・心音図
	養護教諭				貧 血 検 査
対象学年	対象学年に○ を付けてくださ い。	1	2	3年生	心臓 名
調査票必要枚数 (予備含む)		枚		受診予定数	貧血 名
検査希望日	第一希望	令和	年	月 日 (曜日)	時間 時～
	第二希望	令和	年	月 日 (曜日)	時間 時～
	第三希望	令和	年	月 日 (曜日)	時間 時～
会 場	階		室	午後の実施 ○を付けてくだ さい	可 ・ 不可
※心臓検診調査票・心電図記録紙については、要精密検査となった方のみ返却いたします。					
その他 備考等					

※実施日時につきましては、調整後、改めてご案内申し上げます。



公益財団法人埼玉県健康づくり事業団