

## 健康診断・人間ドック結果表 会社控えに関する同意書

下記、同意される場合受診者本人の氏名・押印・事業所情報記載の上、成田赤十字病院 健康管理センター宛に送付して頂きますようお願い申し上げます。**※郵送か当日持参のみ。FAX 不可。**

〒286-8523

千葉県成田市飯田町 90-1

成田赤十字病院 健康管理センター

TEL 0476-22-2311 (代表)

FAX 0476-23-7800

---

### 同意書

健康診断・人間ドック結果表の写しを会社控えとして送付することについて同意いたします。

(氏名が直筆の場合、押印は無くても構いません)

年 月 日

〈事業所名称〉

〈事業所所在地〉

〒 \_\_\_\_\_

氏名	印	氏名	印

以上