様式第２２号 (第７条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
|  |  | | 検診書 |
|  | |
| 年　　月　　日  　日南町福祉事務所長　様  医療機関の所在地  　　　　　　　　　及び名称(所)長  　　　　　　　 担当医師 | | | |
| 検診を受ける者の居住地及び氏名 | | （　　　　歳　男・女　） | |
| 上記の者に対する検診結果は、下記のとおりです。  記  1　傷病名  2　病状   1. 診療の要否、診療の方法等に関する意見 2. 稼働の可否に対する意見 3. その他 | | | |
| 注　この検診書は、福祉事務所長あて直接送付してください。 | | | |