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。 |