

健康診断結果再発行依頼書

年 月 日

事業所名

依頼者

健診受診日 年 月 日

受診者氏名 _____ 印

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

委任状(※必要な場合のみ、ご記入下さい)

私は健康診断結果再発行に関する一切の権限を _____ に委任します。

_____ 印

再発行依頼理由

結果郵送先宛先・宛名

〒 _____

宛名

結果郵送を希望される場合、切手貼付の返信用封筒を同封の上、当クリニックへご郵送下さい。
再発行依頼書到着を確認後、上記住所へ結果・請求書を郵送致します。
(依頼書持参・結果受取来院頂くことも可能)
記入もれの無いようお願い致します。

医療法人 崇孝会 北摂クリニック