

埼玉県立高等学校心臓検診申込書

平成 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 地域・学校担当 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	受診予定数	心臓 名	
調査票必要枚数 (予備含む)		枚				貧血 名	
検査希望日	第一希望	平成	年	月	日 (曜日)	時間 時～	
	第二希望	平成	年	月	日 (曜日)	時間 時～	
	第三希望	平成	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。