

# 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	( )		該当する項目 に○を付けて ください			
	FAX	( )					
E-mail アドレス	@						
ご担当者様	事 務			受診予定数	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	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。