様式２－５

年　　月　　日

保　健　所　長　　様

＿＿＿＿＿＿区保健福祉センター所長

（担当：　　）

胸部エックス線検診車の配車の追加・中止・変更について（依頼）

標題について、結核健康診断の実施にあたり胸部エックス線検診車の配車の（追加・中止・変更）を下記のとおり依頼しますので、よろしくお願いします。

記

１．健　診　年　月　日　　年　　月　　日（　　）

２．健　　診　　時　　間　〔午前　　時　　分から午前　　時　　分まで
午後　　時　　分から午後　　時　　分まで〕

３．健　　診　　場　　所　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会場名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．派遣希望検診車　　ひまわり２７号

４．健診予定人数　　＿＿＿＿＿人

５．派　　遣　　理　　由　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿