

# 文書発行依頼書

依頼日 年 月 日

公益財団法人宮崎県健康づくり協会

健診部長殿

依頼者団体名  
依頼者氏名

印

(依頼者団体印または依頼者印を押印願います。)

下記のことについて、文書発行をお願いいたします。

記

文書名	健康診断結果票 ( 年度分) 必要部数 部 ※受診日が判る方( 西暦 年 月 日受診分)
カナ氏名	
漢字氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
使用目的	
特記事項	

※文書発行手数料1部 :1,100円 (税込)

この枠内は医療機関記入欄につき、ご記入不要です。

業務企画 課長	主幹 兼情報処理係長	会計 担当者

業務担当者 \_\_\_\_\_