

検診証明書

年 月 日

医 師 住 所

医 師 氏 名

下記のとおり _____ 人の健康診断を実施したことを証明します。

記

1. 検診項目 既往歴及び業務歴の調査、自覚症状及び他覚症状の有無の検査、体重、腹囲、身長、視力及び聴力の検査、胸部X線検査、血圧の測定、貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査（HDLコレステロールの項目を含む）、尿検査、心電図検査、血糖検査

2. 受診者

No.	氏 名	建設事業主記入欄			医師記入欄	
		職 種	雇 用 期 間		検診年月日	直接要した費用
1			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
2			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
3			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
4			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
5			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
6			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
7			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
8			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
9			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
10			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
11			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
12			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
13			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
14			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
15			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
16			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
17			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
18			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
19			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
20			年 月 日	～ 年 月 日	年 月 日	円
計						円