

年 月 日に実施した健康診断受診料は、事業所負担であることを証明致します。

1 事業所名 _____ 印

2 受診者名 _____ 印

(証明者) _____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印

_____ 印