

第1号様式（第5条関係）

上越市アスベスト疾患検診受診
申請書
上越市アスベスト検診費助成

令和 年 月 日

（宛先）上越市長

アスベスト疾患の検診の受診
次のとおり を申請します。
アスベスト疾患の検診に要する費用の助成

住所	上越市		電話番号	
フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)
氏名				
勤務先	名称			
	所在地		電話番号	
検診を希望する医療機関の名称及び日時	希望する医療機関の名称		希望する日	希望する時間
	第1希望		月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第2希望		月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第3希望		月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
検診受診の理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> アスベストを取り扱う業務に従事している又は従事していた。 <input type="checkbox"/> アスベストを取り扱う事務所に仕事で出入りしている又は出入りしていた。 <input type="checkbox"/> 上記2項目に該当する人の家族。 <input type="checkbox"/> アスベストを取り扱う事業所の近隣で生活をしている。 <input type="checkbox"/> その他アスベストを大量に吸入したおそれがある。 (具体的内容)			

【個人情報の取扱いに関する同意書】

アスベスト疾患の検診の結果を受診した医療機関から提出を受け、上越市健康づくり推進課の職員が、受診者の健康指導等に利用することについて、同意します。

令和 年 月 日

(同意者)

(署名の場合は押印不要)