

職場健康診断受診証明書

_____ は、当施設にて下記のと
おり職場健康診断を実施したことを証明します。

記

受診期間

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

受診者数

_____名

以上

平成 年 月 日

受診施設

代表者名

印