

職場健康診断受診証明書

_____様は、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

年 月 日から 年 月 日まで

受診者数

_____名

以上

年 月 日

受診施設

代表者名

Ⓜ