**平成　　年度　結核健康診断実績報告**

千代田保健所長　あて

**報告年月日**：平成　　年　　月　　日

**（所在地）**

**（名　称）**

**（担当者名）**　　　　　　　　　　　　　　　**（電話番号）**



記入上の注意

１．該当年度（４月から年3月末まで）の健診対象者数と実績（人数）をご記入ください。

２．何らかの理由で実施できなかった場合は、健診対象者人数を記入の上、胸部X 線検査実施数に「０」とご記入ください。

３．未受診者がいる場合には、必ず未受診理由の記載をお願いいたします。（例：育児休暇中1名）

４．従事者には事務等の医療職以外の方も含みます。また、雇用形態・期間に関わらず結核定期健康診断の対象となります。

５．千代田区内にある施設に勤務する従事者のみ対象です。複数の場所に勤務先がある場合は主たる勤務先でご報告ください。

**送付先：FAX（０３）５２１１－８１９２**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【担当】

千代田保健所健康推進課感染症対策係

電話：（０３）５２１１－８１７３