

仙台産業保健センター夜間・休日健康相談/サテライト健康相談申込書

平成 年 月 日

仙台産業保健センター 行

FAX267-5193 TEL227-1531

希望相談日：第1希望 平成 年 月 日(曜日) 午後 時から

第2希望 月 日(曜日) 午後 時から

事業所 名称 相談者 氏名 複数の場合は 人数 人
連絡電話番号 連絡FAX番号

相談事項 具体的な相談内容をご記入ください。

*利用申込みにご記入いただいた個人情報は、当センターが行う相談業務以外に使用しません。

平成 年 月 日

仙台産業保健センター健康相談確定通知

夜間・休日健康相談 サテライト健康相談

FAX

様

申込みのあった健康相談は、下記の日時に予定いたしましたので同封の健康相談記録票をご記入の上、当日相談医師に提出してください。

相談日：平成 年 月 日() 午後 時 分
会 場：
住 所：

急用などで予定日を延期したい場合は、速やかに仙台産業保健センター
TEL022-227-1531にご連絡ください。

仙台産業保健センター担当印