

健診結果データ修正連絡票

健診結果データの修正について、以下のとおり連絡します。

健診実施機関名

代表者（又は担当医師）名

印

1 受診券整理番号： _____ 実施日： _____ 年 月 日

受診者氏名：

検査項目名	正	誤
備考		

2 受診券整理番号： _____ 実施日： _____ 年 月 日

受診者氏名：

検査項目名	正	誤
備考		

※ 特定健診課受付後の写しの返送 【 要 ・ 不要 】

担当者名 _____ 電話 _____

FAX _____

----- 【特定健診課処理欄】 -----

処理内容	修正日	担当	確認日	担当
国保連データ	/		/	
結果通知システム	/		/	
備考				

【受付印】