

令和6年度（高校・県立学校用）

結核検診受診票

検診日 令和 6 年 月 日

受診番号（センター使用欄）

※下表全項目の記入を楷書でお願いします

現在の学校名	団体職員の方は○で囲む 団体職員		
前任校（部署） ※過去受診歴照合の為			
フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	S・H 年 月 日

※この個人情報に関しては、結核検診業務のみに使用します

公益財団法人 熊本県総合保健センター

令和6年度（高校・県立学校用）

結核検診受診票

検診日 令和 6 年 月 日

受診番号（センター使用欄）

※下表全項目の記入を楷書でお願いします

現在の学校名	団体職員の方は○で囲む 団体職員		
前任校（部署） ※過去受診歴照合の為			
フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	S・H 年 月 日

※この個人情報に関しては、結核検診業務のみに使用します

公益財団法人 熊本県総合保健センター