

令和6年度 (熊本市教育委員会用)

検診日 令和 6 年 月 日

結核検診受診票

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

学校名	小学校		
	中学校		
職員番号			
氏名		性別	生年月日
		男 女	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 (熊本市教育委員会用)

検診日 令和 6 年 月 日

結核検診受診票

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

学校名	小学校		
	中学校		
職員番号			
氏名		性別	生年月日
		男 女	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