

# 令和8年度 (高校・県立学校用)

検診日 令和 8 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

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8年度 (高校・県立学校用)

検診日 令和 8 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

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