

(様式第 9 号)

特殊業務従事職員健康診断実績報告書

令和      年      月      日

岡山県知事 伊原木 隆太      殿

所    在    地  
商号又は名称  
代    表    者  
(担   当   者  
(電話番号  
(F A X 番号

印

)  
)  
)

下記のとおり申告いたします。

記

特殊業務従事職員健康診断の実績

| 健康診断の種類 | 相手方 | 実施期間 | 実施人数 |
|---------|-----|------|------|
|         |     |      | 人    |
|         |     |      | 人    |
|         |     |      | 人    |
|         |     |      | 人    |
|         |     |      | 人    |

※過去 3 年間の主な実績について、記載すること。