

(様式2号)

定期健康診断受診者名簿(No. _____)

事業者名 _____

※注1 定期健康診断を受診した**運転従事者のみ記載**して下さい。(事務員、作業員等は助成対象外です。)

※注2 社会保険へ加入していれば○を記入して下さい。(未加入の方は助成対象外)

No.	氏名	社会 保険	No.	氏名	社会 保険
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		