

○ 検査者名簿

市内事業所等名称：

市内事業所等代表者氏名：

担当者氏名：

番号	検査日	氏名	生年月日	年齢	住所	性別	職業	症状
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

※ 提携医療機関がない場合は、この名簿を必ず提出してください。

※ 欄が足りない場合は、適宜追加してご使用ください。