

(様式2)

定期健康診断実施機関の概要書

【機関情報】 (県外に本社がある機関の方は、「※福井県内の支店等」の欄もご記入ください)

機関名			
代表者役職・氏名			
所在地		〒	
※ 福井県内の 支店等	支店等名		
	所在地	〒	
担当者	所属・職・氏名		
	電話・FAX	(電話)	(FAX)

【健康診断の実施体制】 (人数をご記入いただき、該当するものに○をつけてください)

スタッフ 情報		常勤	非常勤
	医師	人	人
	看護師	人	人
	臨床検査技師	人	人
	上記以外の 健診スタッフ	人	人
運営に 関する 情報	健康診断の実施形態	施設型 ・ 巡回型	
	巡回型健診の実施地域	福井県全域 ・ その他 ()	
	実施可能な健診件数 (巡回型)	3時間当たり	人

【施設および設備情報】 (該当するものに○をつけ、記載欄にはご記入ください)

受診者に対するプライバシーの保護	有 ・ 無
個人情報保護に関する規程類	有 ・ 無
健診結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用	有 ・ 無
労働衛生サービス機能評価施設の認定	有 (認定年月:) ・ 無
労働衛生サービス機能評価以外の認定を受けている場合には、名称をご記入ください。	