

一般社団法人 栃木県トラック協会長 殿

実施医療機関名

印

健康診断実施証明書

下記の通り相違ないことを証明する。

1	事業者名	
2	健康診断実施日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
3	受診者数	人
4	受診料金	円

(医療機関で記入の事)