（様式２）

令和　　年　　月　　日

公益財団法人佐賀県健康づくり財団

佐賀県健診・検査センター

施設管理者　佐野　雅之　あて

事業所名

代表者名

生活習慣病予防健診の結果（オプション含む）提供変更申請書について（依頼）

　令和　年　月　日付けで申請した生活習慣病予防健診の結果（オプション含む）提供申請について、下記のとおり変更申請いたします。

記

変更内容

１　変更する内容

生活習慣病予防健診の結果（オプション含む）提供を申請しない

２　対象者（該当する箇所に☑を記入してください）

□全員分（ここで終了となります。財団の担当者へご提出ください）

□一部の該当者のみ（３へお進みください）

３　該当者名（複数名の場合は、任意様式にてご提出ください）

所属：健診部　健診課　健診係

氏名：財団　花子

性別：女

生年月日：平成10年10月10日

※結果の提供を再開される場合は、様式１の再提出をお願いします。