

年 月 日

## 臨時健康診断受診願書

鹿児島大学保健管理センター所長 殿

団体名：  
所 属： 学部 学科  
**責任者** 氏 名：  
連絡先（携帯電話）：

下記のことについて、臨時健康診断の実施をお願いいたします。

記

1. 目 的：
2. 受 診 者 数： 名
3. 健 診 項 目：
4. 健 診 希 望 日： 年 月 日