

渡辺パイプ健康保険組合

理事長 藤 卷 隆 殿

## 健康診断結果の開示依頼及び閲覧に関する同意書

渡辺パイプ健康保険組合が実施した健康診断結果について、(私)\_\_\_\_\_は  
渡辺パイプ株式会社の人事ユニット担当者への開示をお願いするとともに同担当者が閲覧  
することに同意いたします。

平成 年 月 日

所 属  
\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印