様式第九号に次のように加える。

様式第９号（第57条関係）(11)

健康管理手帳による健康診断実施報告書（1・2―ジクロロプロパン）	
健康管理手帳番号　　号	ＧＰＴ
氏名及び住所 生年月日　　年　月　日生（満　才）　男・女	γ―ＧＴＰ
	ＡＬ―Ｐ
健康診断の結果　異　常　あり、なし 再　検　要、不要 追加健診　要、不要 療　養　要、不要 〔　〕	腹部の超音波による検査等の画像検査
既往歴　なし 悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛、 その他（　）	ＣＡ19―９等の血液中の腫瘍マーカーの検査
自覚症状及び他覚症状　なし 悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛、 その他（　）	年　月　日 医療機関名 所在地 医師名　　㊞ 労働局長　殿
血清総ビリルビン	
ＧＯＴ	

備考　氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。

様式第十号を次のように改める。

様式第10号（第58条、第59条関係）

健康管理手帳再交付申請書

手帳の種類	ベンジジン等、じん肺、クロム酸等、砒素、コールタール、ピス（クロロメチル）エーテル、ベリリウム、ベンゾトリクロリド、塩化ビニル、石綿、1・2―ジクロロプロパン
（ふりがな） 氏名	性別　男・女
生年月日	（明治・大正・昭和・平成）　年　月　日生
住所	郵便番号 都道府県 電話　（　）
本籍地	都道府県
書替え又は再交付申請の理由	

年　月　日

申請者　氏名　　㊞
住所

労働局長　殿

備考
1　表題の「書替」及び「再交付」のうち該当しない文字は、抹消すること。
2　書替え申請のときは、旧健康管理手帳及び記載事項の異動を証する書類を、損傷による再交付の申請のときは、旧健康管理手帳を添付すること。
3　氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。