特殊健康診断　申込書

◎特殊健康診断申し込みに関する注意事項をご確認ください。
◎案内の申込締切日までにFAXにてお申し込みください。

送り先：都留労働基準協会
ＦＡＸ：0554－68－9410

健診受診日：令 和　　年　　月　　日

振込

事業所名

住所　〒

電話番号　　FAX番号　　担当者名

※下記太枠内のみご記入ください　　※初回で受けられる物質については◎の記載をお願い致します

No.	カナ 氏　名	性別	生年月日	有機溶剤	有機溶剤名 （商品名でなく有機溶剤名を記入） 例：シンナー⇒トルエン、キシレン （有機溶剤健康診断質問表を参照）	エチルベンゼン（塗装業務に限る）	メチルイソブチルケトン	クロロホルム	トリクロロエチレン	ジクロロメタン				電離放射線	鉛	石綿	塩化ビニル	クロム酸	セラミックファイバーリフラックトリー	溶接ヒューム	じん肺 下の段にじん肺最終受診年月	マンガン化合物	弗化水素	特殊歯科 下の段に対象となる溶剤名をご記入ください
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
合計人数																								
※病院使用欄																								