

歯科特殊健康診断申込用紙				小笠掛川歯科医師会会員用			
申込日時		令和	年	月	日	曜日	時 分
ふりがな						担当者所属名	
担当者 お名前様						連絡の付き やすい時間帯	
メールアドレス		@					
こちらからの連絡可能な電話番号							

ふりがな				業 種			
事業所名							
労働安全衛生委員会の設置		あり なし その他 ()					
①事業所の所在地		〒					
②健康診断実施作業場の住所		①と 同じ		異なる⇒〒			
③報告書請求書等送付先の住所		①と 同じ		②と 同じ		①②と 異なる⇒〒	
駐車場の有無		あり なし		指定があれば後日ご指示ください			
ご依頼理由		法定健診の実施		労働基準監督署指導		労災発生	
歯科特殊健康診断予定人数		名					
取扱い有害物質名称 (複数回答可)		塩酸 硝酸 硫酸 亜硫酸 フッ化水素 黄りん その他 ()					
有害業務の内容							
健康診断 実施希望日		第1希望日		月 日		第2希望日 月 日	
		現在不明⇒後日決定したい					
依頼したい健康診断実施機関名 小笠掛川歯科医師会 ホームページ上の 実施機関会員名簿を ご参考にご記入ください							
ご記入が済んだら		FAXにて上記健康診断実施機関に送信してください 実施機関より返信いたします					