

# 特殊健康診断 申込書

申込日 令和 年 月 日

現金	振込
----	----

◎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。  
 ◎健診実施日14日前までにFAXにてお申し込みください。

送り先 甲府労働基準協会  
 FAX 055-224-6788

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。

No.	受診日	カナ氏名	性別	生年月日	特殊健康診断																	特殊 歯 科  (対象物質名の記入)		
					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	じん肺	溶接ヒューム	マンガ化合物	(物質名) 酸類		弗化水素	
	4/14	コウセイ タロウ 厚生 太郎	男	19××/5/8	○	トルエン・キシレン・IPA	○																	○ ( 塩酸 )
1																								( )
2																								( )
3																								( )
4																								( )
5																								( )
6																								( )
7																								( )
8																								( )
9																								( )
10																								( )
病院使用欄 ※こちらには記入しないで下さい			合計人数																					
			健診料金																					