特殊健康診断　申込書

現金	振込

（健診実施日10日前までにFAXにてお申込ください）

申込日　平成　　年　　月　　日

送り先　甲府労働基準協会
FAX　055-224-6788

事業場名
住　　所
電話番号

振込　現金

※　下記太枠内のみご記入下さい。

氏　名	受診日	有機溶剤名 慣用名、商品名でなく有機溶剤名を記入 シンナー　⇒　トルエン、キシレン	特別有機溶剤（含有量1%超、1%以下も記入） （塗装業務に限る）エチルベンゼン	メチルイソブチルケトン	スチレン	クロロホルム	四塩化炭素	1，4ジオキサン	1，2ジクロロエタン	1，1，2，2テトラクロロエタン	テトラクロロエチレン	トリクロロエチレン	ジクロロメタン	（洗浄・払拭業務に限る）1，2ジクロロプロパン	電離放射線	鉛	石綿	じん肺	クロム酸	塩化ビニル	塩素	シアン化カリウム	弗化水素	塩酸		
合計人数																										
健診料金																										