

# 歯科特殊健康診断申込フォーム

申込日時： 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

フリガナ		担当者所属名
担当者		連絡のつきやすい時間帯
メールアドレス		
連絡先	電話番号： (こちらから連絡のとれる番号をご記入お願いします)	

フリガナ		業種	
事業所名			
事業所の所在地	〒		
健診グッズ・請求書の送付先住所	〒		
健診の訪問先	上記事業所・その他( )		
駐車場の有無	有・無	指定位置	
健診予定人数			
有害業務の内容			
取扱い物質 (歯科特殊健診に関わるもの)	塩酸・硫酸・硝酸・亜硫酸・フッ化物水素・黄リン その他( )		
労働安全衛生委員会	無・有( )		
打合せご希望日時 (原則木曜日)	第1希望( )・第2希望( )・第3希望( )		
初回健診ご希望日時 (原則木曜日)	第1希望( )・第2希望( )・第3希望( )		
ご依頼理由	(例: 監督署からの指摘・労災発生・自主的な判断など)		
備考			

※以下は事務局にて記入いたします

理事報告		打合せ日	
担当医		初回健診日	