

有機溶剤・特殊健康診断 受付票

※必ずすべての項目ご記入ください

事業所名	担当者
電話番号	FAX番号

対象業務名

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有機溶剤製造工程 | <input type="checkbox"/> 接着業務 |
| <input type="checkbox"/> 有機溶剤を使用する製造業務 | <input type="checkbox"/> 洗浄業務 |
| <input type="checkbox"/> 印刷 | <input type="checkbox"/> 塗装業務 |
| <input type="checkbox"/> 文字の書き込み・描画 | <input type="checkbox"/> 乾燥業務 |
| <input type="checkbox"/> つや出し・防水など加工業務 | <input type="checkbox"/> 試験・研究 |
| <input type="checkbox"/> 接着のための塗布業務 | <input type="checkbox"/> タンク内業務 |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

★受診可能曜日・時間★月曜日～土曜日9:00～11:30 月曜日・金曜日17:30～19:00

過去に受診履歴のある方は住所・電話番号を省略していただいて構いません。変更の方はご記入ください。

希望日	時間	氏名・ふりがな	生年月日	性別	住所	健診の種類	有機溶剤名	実施時期
	朝・夜			女・男	〒 TEL			<input type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 配置替え <input type="checkbox"/> 定期
	朝・夜			女・男	〒 TEL			<input type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 配置替え <input type="checkbox"/> 定期
	朝・夜			女・男	〒 TEL			<input type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 配置替え <input type="checkbox"/> 定期
	朝・夜			女・男	〒 TEL			<input type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 配置替え <input type="checkbox"/> 定期
	朝・夜			女・男	〒 TEL			<input type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 配置替え <input type="checkbox"/> 定期
	朝・夜			女・男	〒 TEL			<input type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 配置替え <input type="checkbox"/> 定期

お申込みFAX番号 06-6382-6790 相川診療所