

特殊健康診断 申込書

申込日 平成 年 月 日

(健診実施日10日前までにFAXにてお申込ください)

送り先 山梨労働基準協会

FAX 050-2006-8869

事業場名

住 所

※ 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 (有機溶剤健康診断質問表を参照)	電離放射線	鉛	塩酸	塩素	じん肺	石棉	クロム酸(4年)	記入しないでください				
										代謝物	貧血	肝機能	XPあり	
合計人数														
健診料金														