

振興会／指導課 行き (FAX : 089 - 956 - 2188)

．．．． 令和2年度 第1回 有機溶剤等健康診断 受診申込書 ．．．．

申し込み締め切り：8月18日(火)

《事業場の情報》

認証番号	事業場名	希望する会場
70 -		

《使用する溶剤の情報》 ↓↓ 該当する溶剤に、○印をしてください ↓↓

トルエン	エチルベンゼン	スチレン	メチルイソブチルケトン	ナフタレン	キシレン
------	---------	------	-------------	-------	------

※スチレン検査を受診される方は、法改正により今年度から採血を行います。

《受診される方の情報》

(フリガナ) 氏名	生年月日	性別
()		男 ・ 女
()		男 ・ 女
()		男 ・ 女
()		男 ・ 女
()		男 ・ 女

・ ご記入いただいた個人情報は、(公財)愛媛県総合保健協会への健康診断の申し込みを目的として適切に取り扱います。

・ この申込書は、健診の日まで保管しておいてください。