様式1

茨城県歯科医師会　行（FAX029-253-1075）

歯科特殊健康診断申込書

下記のとおり歯科特殊健康診断の申し込みをしますので、よろしくお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 作業内容  （酸、フッ化水素等に関  わる場所での内容） |  |
| 使用している化学物質（わかる範囲で） |  |
| 従業員数（全体） |  |
| 事業所所在地 | 〒　　　- |
| 担当者名 | （　　　　　　　　　　　）  衛生管理者、作業主任者等の資格や役職がありましたら( )内  にご記入ください。 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号  メールアドレス |  |
| 実施希望期日 | 担当歯科医師との打ち合わせにより決定しますので  やむを得ずご希望に添えない場合もございます。 |
| 実施対象人数 |  |
| 備考 | 交代勤務や、変則労働などあればご記入ください。 |

※実施予定日の２ヶ月前までに申し込みをお願いします。