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。