

特殊健康診断申込書

団体名		予約担当者	
			(予約事項確認の電話をする場合があります)
所在地	〒 <small>(事前準備物の送り先となります)</small>	電話	
		FAX	
加入健康保険組合		保険証記号	
結果送付先	〒 <small>(所在地と異なる場合のみご記入ください)</small>	支払方法	窓口支払 ・ 後日請求

ご予約の際には、必要事項をご記入の上、FAXしてください。

備考欄

〒310-8581 水戸市笠原町489
 一般財団法人 茨城県メディカルセンター
 電話 029(243)1113
 FAX 029(243)1763
 施設内健診担当 秋葉・浅野

受診予約日時	保険証番号	フリガナ	生年月日	じん肺	じん肺一次 (要肺機能検査)	石綿	電離放射線	除染等電離放射線	鉛	紫外線・赤外線	VDT作業	VDT作業(簡易)	手指作業	騒音	振動工具	レーザー光線(クラス4)	レーザー光線(クラス3B)																			
		氏名																																		
月 日() :		S・H 年 月 日	男女																																
月 日() :		S・H 年 月 日	男女																																
月 日() :		S・H 年 月 日	男女																																
月 日() :		S・H 年 月 日	男女																																
月 日() :		S・H 年 月 日	男女																																
月 日() :		S・H 年 月 日	男女																																
月 日() :		S・H 年 月 日	男女																																
月 日() :		S・H 年 月 日	男女																																

※ クロホルム, 四塩化炭素, 1・4-ジオキサン, 1・2-ジクロロエタン, ジクロロメタン, スチレン, 1・1・2・2-テトラクロロエタン, テトラクロロエチレン, トリクロロエチレン, メチルソフチルケトン(MIBK)については, 2014/11/1より特定化学物質扱いとなりました。