

…… 平成29年度 第1回 有機溶剤健康診断受診申込書 ……

申し込み締め切り 今治会場：平成29年7月18日 (火)

その他の会場：平成29年8月8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

《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

注) 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。