

個人被ばく(HARSHAW TDL バッジ)測定申込書

平成 年 月 日

下記の通り、個人被ばく線量測定サービスを申し込みます。

フリガナ

※ 事業所名

事業所

〒

※ 所在地

代表者名

※ （組合員名）

バッジ送付連絡

責任者（送り先）氏名

※会員コード番号

81ー

※ Tel

Fax

測定契約期間	平成30年8月1日 より 平成31年7月31日まで （年12回測定）
--------	------------------------------------

※	フリガナ 着用者氏名	※生年月日	※性 別	※職 種	過去の累積	妊娠届出日 出産予定日	備 考
					有・無		
1		T S H	男 ・ 女	歯科医師 歯科衛生士 その他	有 ・ 無	年 月 日 . . .	測定線種 ： X線
2		T S H	男 ・ 女	歯科医師 歯科衛生士 その他	有 ・ 無	年 月 日 . . .	
3		T S H	男 ・ 女	歯科医師 歯科衛生士 その他	有 ・ 無	年 月 日 . . .	
4		T S H	男 ・ 女	歯科医師 歯科衛生士 その他	有 ・ 無	年 月 日 . . .	
5		T S H	男 ・ 女	歯科医師 歯科衛生士 その他	有 ・ 無	年 月 日 . . .	
6		T S H	男 ・ 女	歯科医師 歯科衛生士 その他	有 ・ 無	年 月 日 . . .	
7		T S H	男 ・ 女	歯科医師 歯科衛生士 その他	有 ・ 無	年 月 日 . . .	
8		T S H	男 ・ 女	歯科医師 歯科衛生士 その他	有 ・ 無	年 月 日 . . .	
9		T S H	男 ・ 女	歯科医師 歯科衛生士 その他	有 ・ 無	年 月 日 . . .	
10		T S H	男 ・ 女	歯科医師 歯科衛生士 その他	有 ・ 無	年 月 日 . . .	

注1. バッジ送料は、当社で負担します。ただし、バッジケースはご契約期間中お貸し致しますので、紛失された場合は実費を申し受けます。
また契約ご解消の節は速やかにご返送願います。

2. 「※」の欄は必ずご記入下さい。

3. 過去の累積の項で「有」を選択された方は、累積線量をご連絡いただければ継続して積算いたします。
「無」を選択される方は、着用開始日より積算いたします。

4. 妊娠されている方で事業主にその旨申出のあった方については、氏名、申出年月日、出産予定日をご連絡下さい。

5. 結果書の紛失などによる再発行は、有償とさせていただきます。

6. ご記入頂いた個人情報を「不当な目的での使用」及び「第三者に開示」することはございません。