

個人被ばく(HARSHAW TDL バッジ)測定申込書

令和 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	※会員コード番号
※ 事業所名	81-
事業所	〒
※ 所在地	
代表者名	
※ (組合員名)	Ⓜ
バッジ送付連絡	※ Tel
責任者(送り先)氏名	Fax

測定契約期間	令和元年8月1日 より 令和2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	備 考
				有・無	出産予定日	
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。また契約ご解消の際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ご「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。