

個人被ばく(HARSHAW TDL バッジ)測定申込書

令和 年 月 日

注意事項に同意の上、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-

※ Tel

Fax

測定契約期間	◆令和4年8月1日 より 令和5年7月31日まで(年12回測定) ◆中途申込【 月 日】より令和5年7月31日まで(年 回測定) 1年間1人あたり 11,120円(税込)【中途申込の場合は月割り計算となります。】 ※年間契約のため、途中でご利用を停止(解約)されても、返金等はいたしかねますので予めご了承ください。
--------	--

※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 装着部位 男性:胸部 女性:腹部
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 . .	

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。