

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		※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)	印	
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5年8月1日 より 令和6年7月31日まで (年12回測定) 1年間1人あたり 11,120円(税込) ※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	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 .	
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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。