

地域産業保健センター登録申込書

年 月 日

_____ 地域産業保健センター 御中

事業所名

事業所所在地

代表者名

印

地域産業保健センターからの産業保健サービスを受けたいので申し込み
ます。

なお、当事業所の概要は下表のとおりです。

従業員数	男	人	女	人	計	人
年齢構成	~29才	30~39才	40~49才	50~59才	60~69才	70才~
	人	人	人	人	人	人
事業内容	業種		取扱製品等			
担当者職氏名			TEL 事業所 FAX			

(連絡事項)

【定期健康診断は毎年 月頃です。】

※ この申込書を管轄の地域産業保健センターに FAX 又は郵送してください。

※ 本用紙に記載された個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。