

2024年4月度特定業務従事者の健康診断・特殊健康診断 申込書

・太枠の中を全てご記入ください。

事業所名						
所在地	〒	—	TEL ()	—	FAX ()	—
担当者	役職・所属 氏名					
受診総数	名 (受診する実人数)					
受診料	検査内容	単価 (税込)	① 22日(月) 13:00~ 16:15	② 23日(火) 8:30~ 11:45	①+② 合計人数	合計金額
	① 深夜業務健康診断	¥2,400	名	名	名	
	② 特殊健康診断					
	②-1 有機溶剤基礎検査 *有機溶剤健康診断受診者全員が必要です。	¥3,250	名	名	名	
	②-2 トルエン・キシレン ・ノルマルヘキサン	各 ¥2,600	個	個	個	
	②-3 エチルベンゼン	¥6,000	名	名	名	
	②-4 トリクロルエチレン	¥6,000	名	名	名	
	②-5 スチレン	¥6,000	名	名	名	
	②-6 ジクロルメタン	¥4,500	名	名	名	
	②-7 その他有機溶剤 ()	要相談	名	名	名	
	③-1 TDI・コバルト ・MOCA など	¥2,200	名	名	名	
	③-2 その他特定化学物質 ()	要相談	名	名	名	
	④その他健康診断 (塩酸・硝酸・硫酸)	¥2,100	名	名	名	
	⑤鉛健康診断	¥4,000	名	名	名	
	合計		名	名	名	

●裏面の「受診者名簿」にも、必要事項をご記入ください。

※②-7 その他有機溶剤 ③-2 その他特定化学物質を受診希望の方は受診名簿の備考欄にご記入下さい。

●上記以外の有機溶剤の場合（アセトン、IPA、酢酸エチル、酢酸ノルマルブチル、テトラヒドロフラン、メタノールなど）は、基礎検査のみです。その他の有機溶剤使用の場合の検査項目については、事前にお問い合わせください。

●お申し込みいただいた検査内容と健診当日にお聞きする受診において、取扱い有機溶剤に追加がありますと、検査方法も追加になります。その場合、後日追加検査料をご請求させていただきます。

ご担当者と当日受診される従業員の方は、事前に検査内容について十分ご確認ください。

※ご記入頂いた個人情報、健診機関である(一財)公衆保健協会に提供すると共に、小牧商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用します。

【事務局処理欄】

受付日	入金日	整理番号	備考	協会連絡

2024 年度 特定業務健康診断・特殊健康診断受診者名簿

会社名			
住所	〒		
T E L		F A X	
担当者名		顧客コード	

1	(フリガナ) 受診者氏名	生年月日 (西暦で記入)	性別	深夜業務健康診断	特殊健康診断								備考(他の溶剤・物質 名・特記事項)	
					有機溶剤基礎検査	トルエン・キシレン・ ノルマルヘキサン	エチルベンゼン	トリクロルエチレン	ステレン	ジクロルメタン	TDI コハルト MOCA など	その他健康診断(酸類)		鉛健康診断
2		西暦 年 月 日												
3		西暦 年 月 日												
4		西暦 年 月 日												
5		西暦 年 月 日												
6		西暦 年 月 日												
7		西暦 年 月 日												
8		西暦 年 月 日												
9		西暦 年 月 日												
10		西暦 年 月 日												
申込人数					名	名	名	名	名	名	名	名	名	

※用紙が足りない場合は、コピーしてご使用ください。

※ご記入いただいた情報は、健診の連絡・健診結果の通知等目的以外に利用いたしません。なお、受診機関とは業務委託契約を締結し、個人情報保護は適切に管理します。