

平成 年 月 日

南相馬市長

## 内部被ばく検診及び外部被ばく測定申込確認書

事業所 所在地 〒

名 称

代表者氏名

印

印

電話番号

(事務担当者名

)

放射線内部被ばく検診及び外部被ばく測定について、下記のとおり  
申し込みをいたします。

記

1. 申込者数 \_\_\_\_\_人

2. 申 込 書 別添のとおり

検診・測定を希望される方全員の申込書を添付して提出ください。  
放射線関連業務等に従事し、法令等で検査が義務付けされている方は、この検診・測定  
の対象にはなりませんのでご注意ください。