

内部被ばく検診及び外部被ばく測定 申込書

				事業所名					
希望する 検診検査 (を付けて ください)	● 内部被ばく検診 のみ希望		● 外部被ばく測定 のみ希望		● 両方希望				
ふりがな					生 年 月 日	大正 昭和 平成	年 月 日	性 別	男 ・ 女
氏 名									
現 在 の 住 所	(住所登録をしている所) 〒								
郵送先住所	(結果やガラスバッジを送る住所) 住所と異なる場合にご記入ください。 〒								
震災時の 住 所	(平成 23 年 3 月 1 1 日時点の住所) どちらかに を付けてください。 南相馬市 ・ 南相馬市以外								
電話番号	日中、連絡できる電話番号をご記入ください。								
仕事内容	(1 日のうち、主に過ごす時間が長い方に を付けてください) 屋 内 ・ 屋 外								
検査結果の 利用同意	検査結果を県民健康管理調査など統計等に利用することに対して同意しますか。 (同意する場合は、同意に を付けてください。プライバシーは守られます) 同意する ・ 同意しない								

以下記入不要

世 番	個 番
-----	-------	-----	-------