令和　　年　　月　　日

**記入例**

（事業所用）

（表紙）

南相馬市長

南相馬市内の事業所の住所を記入してください。

事業所の代表者の印を押してください。社印が無い場合は社印無しでも可です。

**内部被ばく検診申込書**

　　　　　　　　　　　　　事業所　所在地　**南相馬市●●区○○○○○○○**

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　**南相馬○○事業所**

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　**南相馬　太郎**　　　　　㊞　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　**０２４４－●●－○○○○○○**

担当者の方の連絡先を記入してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　（事務担当者名　**南相馬　次郎**　）

　　　　　　放射線内部被ばく検診について、下記のとおり申し込みをいたします。

申込される方の人数を記入してください。

記

１．申込者数　　　　　**○○**　人

２．申込書　　　　別添のとおり

※ 検診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、この検診の対象にはなりませんのでご注意ください。