（事業所用）

**内部被ばく検診　申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所名 |  |
| ふりがな | 　　 | 生年月日 | 大正昭和　 年　　月　　日平成  | 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 | （結果を送る住所）　〒　　　- |
| 震災時の住　　所 | （平成23年３月１１日時点の住所）※どちらかに○をつけてください。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調査事業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、ご署名ください。プライバシーは守られます）　　　　　同意する　　　　　・　　　　　同意しない　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **以下記入不要** |
| 世　番 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個　番 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |