令和　　年　　月　　日

（事業所用）

南相馬市長

**内部被ばく検診申込書**

　　　　　　　　　　　　　事業所　所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　（事務担当者名　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　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。

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。