

作業環境測定依頼書

年 月 日

中央労働災害防止協会

殿

下記②にかかる作業環境測定を依頼します。

①【依頼事業場】

事業場名 代表者氏名	印		
所在地	〒		
	TEL ()	FAX ()	
担当部課名		担当者名	
従業員数	名		
事業内容 生産品名		業 種	

②【測定対象作業概要】

対象物質 又は 因子名				
取 扱 作 業 場 概 要	部 署 名	測定対象物質名等	取扱量 (kg/日)	作業者数
労働時間・休 憩時間・休日				

※ご記入いただいた個人情報につきましては、当協会が責任を持って管理し、申し込みいただいた作業環境測定の的確な実施のために使用するほか、当協会が行う以下の情報提供に使用することがあります。

- ア 当協会の「主催する各種セミナー・講習会の案内」、「出版する図書・用品等」、「開催する労働安全衛生に関するコンクールへの応募勧奨」、「賛助会員加入」のご案内
- イ 当協会のサービス向上のためのご意見の聴取（アンケート）ご協力依頼
- ウ その他公益的な観点からの情報の提供

上記の事項に同意いただけない場合は、右の□にチェックマークをご記入下さい。同意しません□

※下の欄には記入しないで下さい。

受 付 年 月 日		(備考)
--------------	--	------