

作業環境測定依頼書

事業場の概要	名称			
	所在地	〒 _____		
	事業の内容 (具体的に)		業種	
	従業員数	事業場の 従業員数	名	
	会員の有無 ○印をお付け下さい	会員 (会員No. _____) ・ 非会員		
依頼事務担当者 所属部課・役職・氏名	所属部課 : _____ 氏 名 : _____ T E L : _____ F A X : _____			
測定対象 (○印をお付け下さい)	1 粉じん 2 特定化学物質(_____) 3 有機溶剤 4 金 属(_____) 5 石 綿 6 騒 音 7 事務所環境 8 その他(_____)			
実施事業場 (上記と異なる場合のみ記入してください)	名称		担当者	
	所在地	〒 _____		
	TEL		FAX	
実施希望 年月日	第1希望		第2希望	
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	AM ・ PM ・ (_____) 日間	AM ・ PM ・ (_____) 日間
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 代表者職氏名 _____ 中央労働災害防止協会 九州安全衛生サービスセンター 殿 印				
※中小規模事業場に対する割引サービスについて 中災防は、中小規模事業場の皆様に中災防の実施する研修会・安全衛生技術サービスをより一層利用いただくために、利用料金の割引を行っています。割引サービスを利用できる事業場は、①常時使用する労働者の数が300人未満の事業場であること、②労災保険の適用事業場であること のいずれの要件も満たしている事業場です。ご利用いただける研修会等の詳細は中災防HP(下記参照)でご確認いただくか、当センターにお問い合わせ下さい。				
※割引サービスの利用を希望される場合は口にチェックマークを記入してください。口割引サービスの利用を希望する ※当該年度初回ご利用の方は労働保険の申告書の写しを添付してください。2回目以降の利用の方は、労働保険番号を以下にご記入ください 詳細は中小規模事業場割引サービスHP http://www.jisha.or.jp/chusho/discount.html				
労働保険番号: _____				

(注1) 押印した用紙をご提出ください。

(注2) ご記入頂いた個人情報につきましては、当協会が責任を持って保管し、本サービス等の的確な実施(連絡、運営、後日の問い合わせ対応等)のみに利用させていただきます。