

様式第 1 号

従事歴申告書(健康管理手帳交付申請書添付用)

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 女	年 月 日
住所	〒		
該当交付要件(石綿業務の申請に限る) 右記の交付要件で該当すると思われるものに を1つ付けてください。 (1 .の cに がある場合、胸部所見及び従事歴の両方の審査を行い、交付・不交付の決定通知をお送りします。)		1 . 石綿を製造し、又は取り扱う業務 () a 「胸部所見」 () b 「従事歴」 () c 「胸部所見」, 「従事歴」の両方 2 . 石綿を製造し、又は取り扱う業務の周辺業務 () 「胸部所見」	
職歴(申請している健康管理手帳に係る業務の職歴を記載してください。)			
従事期間		事業場の名称と所在地	従事した業務
自 年 月 日			
至 年 月 日			
自 年 月 日			
至 年 月 日			
自 年 月 日			
至 年 月 日			
自 年 月 日			
至 年 月 日			
自 年 月 日			
至 年 月 日			
自 年 月 日			
至 年 月 日			
自 年 月 日			
至 年 月 日			

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

申請者： _____ 印