

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	〒 ー		
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. 石綿等を製造し、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. 石綿等を製造し、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： \_\_\_\_\_