

従事歴証明書（事業者記載用）（石綿以外）

（健康管理手帳の種類： _____）

ふりがな			
申請者氏名			
雇入年月日	年 月 日	離職年月日	年 月 日
事業場の主な業務内容			
申請者の健康管理手帳に係る具体的な業務内容			
に記載された業務への従事期間	年 月 ~ 年 月 (年 月)		
に記載された従事期間における に記載された業務の頻度			
に記載された従事期間における特定化学物質健康診断の実施状況	有 ・ 無 ・ 不明		
備考欄 (貴事業場の名称が合併・分社化等により変更され、申請者が の業務に従事していた時期の事業場の名称と異なる場合は、事業場の沿革等を記載してください。)			

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

証明者（事業者）事業場の名称： _____

所在地： _____

代表者： _____ 印

（注意）：事業者が証明する業務内容が複数の場合には、業務毎に証明書を作成してください。