

従事歴証明書（同僚記載用）（石綿以外）

（健康管理手帳の種類： \_\_\_\_\_ ）

ふりがな	
申請者氏名	
申請者との関係	
申請者が健康管理手帳に係る業務に従事した事業場名、所在地、主な業務内容等	事業場名： 所在地： 上記事業場の存続の状況：（ 存続 ・ 廃止 ・ 不明 ） 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 ヶ月）
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	
証明者（同僚）の健康管理手帳の所持の有無	有 （手帳の種類： _____ ）・ 無

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

証明者（同僚） 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

（注意）：同僚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。