

申込日：平成 年 月 日

# 機器貸出申込書

電話番号	
FAX番号	
事業場又は団体名 部署名	
所在地	〒
フリガナ 氏名	

貸出はお越しいただく場合のみです。

○をご記入下さい

0. 産業医	4. 衛生管理者
1. 保健師・看護師	5. 産業保健関係機関
2. 事業主	6. 労働者
3. 労務管理担当者	7. その他（ ）

※機器の貸出は、1回に5点までです。

登録番号	機器名	貸出日	※貸出期間は1週間です。
			月 日
		返却日	月 日
		使用日	※研修会等でご使用される方はご記入ください。 月 日

作業環境測定機器等の操作についてご不明の場合、専門の相談員にお気軽にご相談下さい。  
(事前にホームページにて、労働衛生工学相談員の出勤日をご確認いただいた上での相談、借用をお勧めします)

実地や相談に応じる「実地相談」も行っております。

※上記貸出・相談等は無料で行っております。

神奈川産業保健総合支援センター

FAX (045) 410-1161

TEL (045) 410-1160