

# 労働安全衛生法に基づく歯科健康診断 (歯科特殊健康診断) 申込用紙

事業所→歯科医師会 用

依頼日：令和 年 月 日

有害な業務に係る歯科健康診断(歯科特殊健康診断)を希望し、申し込みます。  
お手数をおかけしますが、実施していただける先生の調整をよろしくお願いいたします。

①事業所名：			
②該当所在地 (工場等)	住所： 〒		
③事業所担当者名：		④事業所担当者 連絡先(TEL/FAX)：	TEL： FAX：
⑤事業所担当者連絡先 (メールアドレス)：			
⑥産業医の連絡先等	※名前・連絡先等わかればご記入下さい。		
⑦健診対象者人数：		⑧実施場所(当ては まるもの○を)	歯科医院 事業所
⑨使用されている薬品 等(当てはまるもの○ を)	塩酸・硝酸・硫酸・亜硫酸・フッ化水素・ 黄りん・有機溶剤・その他( )		
⑩実施希望日時等：	※担当歯科医師との打ち合わせにより決定しますので、やむを得ずご希望に 添えない場合もございます。		
[その他]	※交代勤務や、変則労働などあればご記入ください。		

※いわゆる事業所の歯周病健診や保険診療は含まれません。