

マスクフィットテスト申込書

必要事項をご記入後FAXもしくはメールにてお申し込みください。

テストの開始時間は下記のとおりです。ご希望の時間をお選びになりご記入ください。

①9時 ②10時 ③11時 ④13時 ⑤14時 ⑥15時

1今回テストを受ける方についてご記入ください

NO	フリガナ	生年月日	低下要因の有無	使用マスクについて			ご希望の時間	受講番号
	受講者氏名	携帯電話		タイプを選ぶ	メーカー	型式		
1			眼鏡（有・無）	使い捨て式				
			喫煙（有・無）	フィルター交換式				
2			眼鏡（有・無）	使い捨て式				
			喫煙（有・無）	フィルター交換式				
3			眼鏡（有・無）	使い捨て式				
			喫煙（有・無）	フィルター交換式				
4			眼鏡（有・無）	使い捨て式				
			喫煙（有・無）	フィルター交換式				
5			眼鏡（有・無）	使い捨て式				
			喫煙（有・無）	フィルター交換式				
6			眼鏡（有・無）	使い捨て式				
			喫煙（有・無）	フィルター交換式				

2申し込み事業所について

事業所名			
所在地			
担当者名		e-mail	
電話		<input type="checkbox"/> 労働基準協会の会員〔八女・その他（ ）協会〕	
FAX		<input type="checkbox"/> 労働基準協会の会員ではない	

測定方法について、ご注意いただきたいこと

6名/60分で行います。テストは30分ほど説明をした後、練習を行いその後測定をします。

合否は測定終了後ただちに判定されます。初回不合格の場合、あと2回条件を変えて検査します。

それでも不合格の場合は再度テストが必要になります。その場合はご相談に応じます。

後日、テストの結果を作成して送付しますので、3年間は保存してください。

※その他作業環境測定や溶接ヒュームの健康診断をご希望の際はご相談ください。

申込・お問い合わせ先

一般社団法人八女労働基準協会

電話 0943-23-0155 FAX 0943-23-0185

e-mail yame-rk@yame-rk.or.jp