機器貸出利用【登録・変更・抹消・貸出】申込書

高知産業保健総合支援センター宛 《 FAX：**088-826-6151** 》 送信票等は不要です

申込日 **令和　　年　　月　　日**

（ふりがな） 事業場名		労働者数 人
（ふりがな） 代表者名		産業医の有無 有 ・ 無
所在地	〒　　－ TEL　　FAX	
事業内容		
担当者	所属部署・役職名	氏名
担当者職種	☐ 医師(産業医有資格者)　☐ 保健師　☐ 看護師　☐ 衛生管理者　☐ 事業主 ☐ 医師(上記以外)　☐ 安全衛生担当者　☐ 人事労務管理者　☐ その他	

◆ 登録・抹消・貸出をご希望の方は上部をご記入ください。

◆ 変更をご希望の方は、上部枠内に変更後を記入し、下部【 】内に変更前の事業場名と担当者名をご記入ください。

事業場名 【　　】 担当者名 【　　】

◆ 貸出をご希望の方は、下枠内にご記入ください。

お申込機器　　来所予定日時　**令和　　年　　月　　日　　時頃**

No.	機器名	規格

注意事項	※ 貸出は無料です。 ※ 返却は原則として１週間以内にお願いします。 ※ 貸出・返却ともに、来所でお願いいたします。 ※ 測定機器類は研修用機器であり、精度管理を行っていませんので数値の保障はされません。	注意事項のご確認の有無 有 ・ 無

※ 追って当センターから貸出可否についてご連絡いたします。
ご記入いただきました個人情報等につきましては、当センターが責任をもって管理し、本件の用途以外に使用することはありません。

独立行政法人 労働者健康安全機構 高知産業保健総合支援センター
〒780-0850 高知市丸ノ内1丁目7-45 総合あんしんセンター 3階
ＴＥＬ ０８８-８２６－６１５５ ／ ＦＡＸ０８８-８２６－６１５１
Eﾒｰﾙ sanpo-madoguchi@kochis.johas.go.jp　URL https://www.kochis.johas.go.jp/