

# フィットテスト実施申込書

公益財団法人神奈川県予防医学協会  
担当者宛

FAX 045-775-3185  
E-Mail kankyou@yobouigaku-kanagawa.or.jp

申請者（請求先）	〒
部署名	
担当者	
ご連絡先	TEL: E-Mail:

フィットテスト実施希望 場所	貴工場の会議室等 ・ 弊会集団検診センター ・ その他（ ）
希望日時	
希望人数	名
マスクの型式名及びサイズ	メーカー： 型式名：
マスクの型式名及びサイズ	メーカー： 型式名：
マスクの型式名及びサイズ	メーカー： 型式名：
検査予定用マスク	新品マスク ・ 現有マスク（使用期間 年 ヶ月）
備考	