

振動作業の業務歴について

加入予定者氏名等

ふりがな		生年月日	年齢	性別
氏名		大昭平 年 月 日		男・女
住所	TEL. ()			

振動工具を使用した業務歴

事業場名	職種	従事期間	従事年数	振動業務 従事年数	振動工具	振動工具の 使用状況
		年 月～ 現 在	年 月	年 月		1日平均 時間 1ヵ月平均 日
		年 月～ 年 月	年 月	年 月		1日平均 時間 1ヵ月平均 日
		年 月～ 年 月	年 月	年 月		1日平均 時間 1ヵ月平均 日
		年 月～ 年 月	年 月	年 月		1日平均 時間 1ヵ月平均 日
		年 月～ 年 月	年 月	年 月		1日平均 時間 1ヵ月平均 日
		年 月～ 年 月	年 月	年 月		1日平均 時間 1ヵ月平均 日

(注) 一人親方等として振動工具を使用する業務に従事している期間については、「事業場名」欄には「一人親方」と記入すること。

※振動工具を使用して作業を行う業務について、業務に従事した期間が
通算で1年以上の場合は、健康診断を受診していただく必要があります。

☆事務組合記入欄☆

受診予定日	受診予定の病院名	その他
-------	----------	-----