図書・機器貸出利用者カード発行申請書

申込：　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		利用者 No.（ｾﾝﾀｰ記入欄）
氏名		２３-
		TEL
住所	〒　　-	FAX
		E-Mail
利用者職種	産業医・医師　保健師・看護師　衛生管理者　人事･労務担当者　事業主 健診機関／行政機関　労働者　その他（　　）	
事業場名		TEL
		FAX
事業場住所	〒　　-	
事業所規模 （パート含む）	□ ～10 人　□ ～50 人　□ ～100 人　□ ～300 人　□ 300 人 ～	
本人確認番号		（任意の４文字のアルファベット・数字をご記入ください）

※太枠内は必ず記入ください※

なお、上欄内にご記入いただいた個人情報は当センターが責任をもって管理し、当センターが提供する産業保健サービスや個人を特定しない形での統計情報の活用以外での使用は致しません。

◆　ご登録にあたり、

１．本人を確認できる運転免許書等を提示してください。
２．貸出しは無料です。
３．宅配での貸出・返却にかかる送料は、利用者負担となります。
４．破損・紛失・盗難等については、登録いただいた利用者の弁済となります。
５．本人確認番号を登録いただきますと、郵送・ＦＡＸによる貸出申込が利用できます。
　なお、利用者本人以外の方に番号を知られることのないようご注意ください。
６．利用者カードの紛失や登録内容の変更が生じましたら、速やかに当センターまでお知らせください。
７．ご不明な点はお問い合わせください。

独立行政法人　労働者健康福祉機構

愛知産業保健推進センター

〒 460-0004

名古屋市中区栄新栄町 2 丁目 13 番地　栄第一生命ビル 9 階

TEL：052-950-5375　FAX：052-950-5377

URL　http://sanpo23.jp/　　E-Mail　info@sanpo23.jp

※ センター使用欄

確認者	登録者	受付者
登録日	年　月　日	