

マスクフィットテスト測定サービス申込書

(集合測定サービス：R 6.8.7 四国中央会場専用)

申込年月日 令和 年 月 日

事業場の名称	<input type="checkbox"/> 会員 (会員番号) <input type="checkbox"/> 一般 (非会員)
所在地	
申込担当者 職・氏名	
連絡先	電話： FAX： Mail：

測定対象者数	人				
測定対象の 呼吸用保護具	取替式	使捨て式	メーカー	型式番号	被測定者氏名
	取替式・使捨て欄は 該当に○を記入				

※測定対象のマスクを全種類記載してください。(欄が不足する場合は下欄の余白か任意様式へ)
 ※測定には、マスクのフィルター部に測定用チューブを接続するアダプターが必要です。取替式マスクの場合、定量測定用のアダプター付きフィルター(専用品)を各人毎にご用意(持参)ください。使い捨て式マスクの場合は当協会でもアダプターを取り付けます。(以後の作業には使用できません。)

集合測定日	令和6年8月7日(水) 希望時間帯を○で囲んでください。 9:00~ 10:00~ 11:00~ 13:00~ 14:00~ 15:00~ 16:00~
測定場所	(公社)愛媛労働基準協会 四国中央支部 研修室 (〒799-0113 四国中央市妻鳥町2608-1)

※希望時間帯は、なるべく幅広(複数時間帯)に設定しておいてください。
 ※通常、1時間当たり3~4名程度の測定が可能です。
 ※申込書を受理した後、電話等で詳細確認や時間帯を調整して、見積書を作成いたします。

公益社団法人 愛媛労働基準協会
 〒790-0062 松山市南江戸1-13-21
 電話:089-927-7730 Fax:089-927-7732
 e-mail : honbu@aikikyo.or.jp