

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：R8. 8. 6 四国中央会場専用)

申込年月日 令和 年 月 日

事業場の名称	☐ 会員 (会員番号) ☐ 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・使捨て欄は 該当に○を記入	取替式	使捨て式	メーカー	型式番号	被測定者氏名

※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、定量用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8年8月6日(木) 希望時間帯を○で囲んでください。 10:00～ 11:00～ 13:00～ 14:00～
測定場所	(公社)愛媛労働基準協会 四国中央支部 セミナー室 (〒799-0113 四国中央市妻鳥町2608-1)

※測希望時間帯は、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名の測定が可能です。

※申込書は、1週間前までに提出してください。

※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、見積書を作成します。

公益社団法人 愛媛労働基準協会 四国中央支部
〒799-0113 四国中央市妻鳥町2608-1
電話:0896-29-5511 Fax:0896-29-5512