

尿による内部被ばく検査申込書

採尿容器の 送り先住所	〒
連 絡 先 (電話番号)	

◇ 検査を希望される方のお名前・性別・生年月日・年齢・検査方法・検査時期をご記入ください。

フリガナ 氏 名	性別	生年月日（年齢）	検査方法・検査時期 希望するものに○
	男	大正 年 月 日	尿 ・ オムツ
	女	昭和 ()	9 ・ 10 ・ 11 ・ 12月
	男	大正 年 月 日	尿 ・ オムツ
	女	昭和 ()	9 ・ 10 ・ 11 ・ 12月
	男	大正 年 月 日	尿 ・ オムツ
	女	昭和 ()	9 ・ 10 ・ 11 ・ 12月
	男	大正 年 月 日	尿 ・ オムツ
	女	昭和 ()	9 ・ 10 ・ 11 ・ 12月
	男	大正 年 月 日	尿 ・ オムツ
	女	昭和 ()	9 ・ 10 ・ 11 ・ 12月

【 特 記 事 項 】 容器の送り先が異なる場合などにご記入ください。

- ※ 記入欄が足りない場合、裏面に記入してください。
- ※ この申込書の内容を検査機関に送付し、検査を行います。記載された個人情報は、個人情報保護法に則って保護されます。なお、検査結果については、個人情報が出ない形で、統計等の資料として利用させていただく場合もありますので、あらかじめご了承ください。