## 尿による内部被ばく検査申込書

採尿容器の 送り先住所	Ŧ
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O
	男	大正昭和	年	月	$\Box$	尿 ・ オムツ
	女			(	)	9・10・11・12月
	男大正紹和		年		$\Box$	尿 ・ オムツ
	女		)		9・10・11・12月	
	男 大正 昭和 女 平成	年 月		尿 ・ オムツ		
				( )	)	9・10・11・12月
	男	昭和		月	В	尿 ・ オムツ
	女			( )	)	9・10・11・12月
	男	大正昭和	年 月	月		尿 ・ オムツ
女			(	)	9・10・11・12月	
			年 (	月		尿 ・ オムツ
	平成	(		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。

<sup>※</sup> 記入欄が足りない場合、裏面に記入してください。

<sup>※</sup> 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。