

①-1フィットテスト事前確認表（被験者様用）

■太枠の中のみご記入後、メール又はFAXにてお送りください。*1

記入日	年 月 日	
被 験 者 名	事業所名	
	部署名	
	氏名	
	生年月日	
作 業 に 使 用 す る マ ス ク	面体の種類	使い捨て式 *2 取り替え式 *3 （ 半面型 ・ 全面型 ）
	メーカー名	3M ・ シゲマツ ・ 興研 ・ 山本光学 その他（ ）
	型 式	
	サ イ ズ	S ・ M ・ L ・ フリーサイズ ・ その他（ ） 【使い捨て式マスクの場合は、『フリーサイズ』で可】
そ の 他	眼 鏡 着 用	有 無
	喫 煙	有 *4 無
備 考		

*1：被験者確認表に当たって、ご提供いただいた個人情報はフィットテスト実施以外の目的では使用することはありません。

*2：使い捨て式マスクを使用される方は新品をご準備ください。

*3：取り替え式マスクを使用される方は、メーカー及び型式専用のサンプリングアダプターが必要となります。事業所(部署)単位でご用意ください。
専用サンプリングアダプターについてご不明な点がございましたら、当連合会までお問い合わせください。

*4：フィットテスト前30分以内での喫煙は、合否判定に影響を及ぼす可能性があるため、ご遠慮下さい。

一般社団法人徳島県労働基準協会連合会

TEL 088-634-1266

FAX 088-633-1066

mail kousyuu@t-roukiren.or.jp