①-2フィットテスト事前確認一覧表（ご担当者様用）

■太枠の中のみご記入ください。

事業所名　　**担当者氏名**

実施日　　年　　月　　日

受付	氏　　名	誕生日	メーカー	面体の種類	型式	サイズ	備　考
記入例	徳島　　連合	H.3.4.10	シゲマツ	取り替え式	TWO1SC	M	

＊ 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。

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