

F A X 送 信 書(マスクフィットテスト申込書)

事業所名		電話番号	
		FAX番号	
所在地	〒		
ご担当者様		測定人数	名
実施希望月	年	月希望	出張型 <input type="checkbox"/> 集合型 <input type="checkbox"/>
ご質問等ございましたらお気軽にご記入ください			

マスクフィットテスト実施の流れ

①FAXまたはメールによるお申込み

※ご質問等ございましたらお気軽にお問い合わせください。



②見積書提出・日程調整

※労働保健センター担当者より連絡いたします。



③対象者名簿のご提出

※アダプターのご準備をお願いいたします。



④マスクフィットテストの実施

※集合型検査の場合は、当日の料金精算をお願いしております。

記録表

フィットテスト記録表 標準的・定量的フィットテスト用			
実施日	実施日		
実施者	社員番号		
	氏名		
	会社名・部署等		
作業に使用するマスク	メーカー名		
	型番		
	サイズ		
フィットテストに用いた測定距離	メーカー名		
	型式		
	シリアル番号		
フィットテスト実施者	氏名		
	所属		
フィットテスト合格基準	<input type="checkbox"/> 呼吸器前後-100% <input type="checkbox"/> 呼吸器前後-50%		
フィットテストの結果			
動作	フィットファクター		
	1回目	2回目	3回目
1.通常の呼吸			
2.深呼吸			
3.肩を左右に回す			
4.肩を上下に動かす			
5.腕振り			
6.歩行			
7.通常の呼吸			
総合的なフィットファクター			
測定結果	<input type="checkbox"/> 合格	<input type="checkbox"/> 不完全	<input type="checkbox"/> 合格
	<input type="checkbox"/> 合格	<input type="checkbox"/> 不完全	<input type="checkbox"/> 合格
最終的に実施での確認			
備考			
<input type="checkbox"/> 測定距離 <input type="checkbox"/> テクニカル その他記入した事項			

マスクフィットテスト料金表

(消費税別)

【マスクフィットテスト料】 ○1回目の検査が不合格となった場合の2回目までの検査料を含みます。 同日に3回目の検査は行いません。改めてお申込みの上、受検してください。 ○対象者様が10名様以上から出張いたします。 10名様未満の場合、最低保証として10名様分50,000円(税抜)の請求をさせていただきます。 ただし、センターが募集し実施する集合検査の場合を除きます。	5,000円/人
【出張料】 ○センターが募集し実施する集合検査の場合を除きます。	30,000円/日
【サンプリングアダプター等】 ○原則として各自ご用意いただきます。(使い捨てマスクの場合は必要ございません。)	実費

○申込方法:FAXまたはメールにてお申込みください。

○問い合わせ:電話024-554-1133 担当:原、山口、大森または各地区涉外担当者まで

マスクフィット担当 FAX : 024-554-5188