

従事歴証明書(同僚記載用)(石綿以外)

(健康管理手帳の種類：)

ふりがな	
申請者氏名	
申請者との関係	
① 申請者が健康管理手帳に係る業務に従事した事業場名、所在地、主な業務内容等	事業場名： 所在地： 上記事業場の存続の状況：(存続 ・ 廃止 ・ 不明) 事業場の主な業務内容：
② 申請者の健康管理手帳に係る具体的な業務内容	
③ ②に記載された業務への従事期間	年 月～ 年 月 (年 ヶ月)
④ ③に記載された従事期間における②に記載された業務の頻度	
⑤ 証明者(同僚)の健康管理手帳の所持の有無	有 (手帳の種類：)・ 無

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

証明者(同僚) 住所： _____

氏名： _____ 印

(注意)：同僚が証明する業務内容が複数の場合には、業務毎に証明書を作成してください。