

公益財団法人放射線影響協会 殿

同 意 書

私は、公益財団法人放射線影響協会に引渡された私の被ばく線量の記録を以下の照会者が照会することに同意します。

年 月 日

記録の本人氏名 ○○○ ○○○ 印 (署名、捺印)

注) 照会者所属氏名 ○○○○株式会社 ○○○部長

○○○ ○○○ 印 (署名、捺印)

注) 照会者氏名は、社又は労務安全衛生を代表する者の氏名を記入すること。