

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。