

# 様式 1

## 労働衛生サービス機能評価認定申請書（更新/認定延長）

西暦 年 月 日

労働衛生サービス機能評価委員会  
委員長殿

申請者  
機 関 名

代表者名 ⑩

年度労働衛生サービス機能評価認定について新規申請します。

### 1. 労働衛生サービス機能評価申請施設

施設番号	(5ケタ)
施設名	
施設長名	
所在地	〒
電話	

### 2. 認定施設実務責任者

所属部署	
役職	
氏名	
電話	
FAX	
E-mail	

申請書送付先：労働衛生サービス機能評価委員会事務局