



『부천 근로자건강센터』와 함께하는 특수건강진단 사후관리 신청서

접수번호

2023 -

사업장 개요	사업장명		대표자명	
	산재관리번호		검진기관/검진일	
	소재지	우편번호(-)		
	업종		주생산품	
	근로자수(남/여)		외국인근로자	
사업장 담당자	담당자명		직책	
	전화번호		휴대번호	
	F A X		E-mail	

신청방법 : 신청서 작성 후 첨부서류와 함께 팩스 혹은 이메일 신청
(※첨부서류 : 특수건강검진결과표, 작업환경측정결과표)

업무시간	문의(직통)	팩스	이메일
09:00~19:00	(032) 329 - 9161~4	(032) 329 - 9165	bcwhc@naver.com

법적 조치사항	1. 작업장소변경, 작업전환, 근로시간단축, 야간근로 제한 등 판정근로자에 대한 조치 미이행시	1000만원 이하의 벌금
	2. 근로제한 및 금지, 작업전환, 근로시간단축, 직업병 확진 의뢰 등의 조치결과 미 보고시	300만원 이하 과태료
지원형태선택 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 센터 내방(경기 부천시 오정구 삼작로 22 부천테크노파크1단지 관리동 301호) <input type="checkbox"/> 사업장으로 방문 지원	

<개인정보 수집·이용 동의서>

부천근로자건강센터는 개인정보보호법에 따라 다음과 같이 사후관리 신청 담당자의 개인정보를 수집·이용하고자 합니다.

- ▶ 수집·이용목적: 근로자건강검진 사후관리 안내 및 안전보건자료 제공 등 서비스 제공
- ▶ 수집하려는 개인정보의 항목: 성명, 사무실·휴대전화번호, 팩스번호, 이메일, 사업장명, 사업장주소요관찰자 및 유소견자인원
- ▶ 정보주체는 개인정보수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 다만 거부할 경우 근로자건강센터 서비스 이용에 제한이 될 수 있습니다.

담당자 성명 : _____ (서명)

본 사업장은 50인 미만 소규모사업장으로서 위 현황에 따라
부천근로자건강센터에 **무료** 건강진단 사후관리 및 보건관리를 신청합니다.

2023년 월 일

사 업 주 : _____ (직인/서명)