様式地 1

桐生 地域産業保健センター 利用申込書

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	（男：　　人）（女：　　人）（計：　　人）
	事業内容	
	担当者	職名：
		氏名：
		電話：　　FAX：
		メールアドレス：
	本社、親企業等の情報※	本社、親企業等の名称（　　）
		事業場の属する本社、親企業等の労働数 ……（　　人）
		企業全体の労働数 ……（　　人）
		本社、親企業等の産業医数（産業医　　名、うち総括産業医　有　・　無）
相談内容（希望するものに○）		1. 健康診断結果の有所見者に係る医師からの意見聴取 ……（対象者　　名）
		2. 治療と職業生活の両立に関する相談・指導 ……（対象者　　名）
		3. 脳・心臓疾患等リスクが高い労働者に対する保健指導 ……（対象者　　名）
		4. メンタルヘルス不調の労働者に関する相談・指導 ……（対象者　　名）
		5. 長時間労働者の健康不安等に関する医師による面接指導 ……（対象者　　名）
		6. 高ストレス者に関する医師による面接指導 ……（対象者　　名）
		7. 職場の作業環境管理や作業管理についての相談・指導 ……（対象者　　名）
		8. その他（　　）……（対象者　　名）
希望月日		第一希望：20　　年　　月　　日、第二希望：20　　年　　月　　日
事業場訪問		希望する（早急に　、　　月ごろ）　　希望しない
その他連絡事項等		

◆下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。

	チェック欄	
1. 就業する事業場は50人未満です。		□ はい　□ いいえ
2. 健康相談・面接指導は治療目的ではないことを理解しています。		□ はい　□ いいえ
3. 本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意します。		□ はい　□ いいえ
4. 当社に総括産業医はいません。		□ はい　□ いいえ

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。なお、本事業は中小企業の小規模事業を優先的に対象といたします。総括産業医がいる企業の小規模事業場は支援対象外といたします。（2019年度から適用）

※「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総括的に指導を行う産業医のことを指します。

※ 労働者本人からの申し込みの場合は、担当者欄の職名に本人と記入いただき、氏名を記入してください。

※ 本用紙に記載された個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。