

## 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：		
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、内専属産業医	名)
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			
	8 その他 ( )	(対象者	名)	
希望月日	第一希望：平成 年 月 日、第二希望：平成 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 はい いいえ		
1	就業する事業場は50人未満です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※ 申し込み事業場が、企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報を記入して下さい。  
 なお、本事業は企業規模で常時50人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。

※ 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、氏名を記入して下さい。

※ 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。