

F A X 送 信 票

FAX番号(津島市医師会):0567-25-7522

地域窓口(地域産業保健センター)あて 健康相談・面接指導 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			
	代表者	職名: _____	氏名: _____	
	担当者	部署: _____	職名: _____	
		氏名: _____	電話: () - _____	携帯: () - _____
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、親企業等の全労働者数 (_____ 人) 本社、親企業等の産業医数 (産業医 _____ 名、うち総括産業医 _____ 名)			
相談内容 [希望する番号に○印を付けてください]	1 労働者の健康管理(メンタルヘルスを含む)に係る相談	(対象者 _____ 名)		
	2 健康診断の結果についての医師の意見聴取	(対象者 _____ 名)		
	3 長時間労働者に対する面接指導	(対象者 _____ 名)		
	4 高ストレス者に対する面接指導	(対象者 _____ 名)		
	5 その他 (_____)	(対象者 _____ 名)		
事業場訪問 [希望する番号に○印を付けてください]	1 希望する	2 希望しない		
その他連絡事項等	労働基準監督署の文書指導 【 無 ・ 有 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 】			

※申込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ご記入ください。
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。

※総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の各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。

※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。

***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 当社に総括産業医は居ません。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 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"/> |
| 4 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"/> |

FAX番号(津島市医師会):0567-25-7522