

() 地域産業保健センター宛て
健康相談・面接指導 利用申込書

◎お近くの地域産業保健センターへお送りください

平成 年 月 日

事業場	事業場名			
	所在地	〒 -		
	労働者数	(男) _____ 人	(女) _____ 人	合計 _____ 人
	事業内容			
	代表者	(職名)	(氏名)	
	担当者	(職名)	(氏名)	
	T E L		F A X	
	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 (_____ 名) 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 ○をお付けください	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からの意見聴取 (対象者 _____ 名) 3. 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 _____ 名) 4. ストレスチェックに係る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	1. 希望する 2. 希望しない			
その他連絡事項等				

※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。
 ※1年に1事業場あたり2回まで、労働者1人あたり2回までを利用限度とします。（労働局、監督署からの紹介は除く）

- ＊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"/> |