

() 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	
	企業等の情報※	企業名 () 労働者数 (人) 産業医数 (人) うち、総括産業医 (有 ・ 無)		
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場を優先的に対象といたします。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。（平成31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込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名をご記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。

※下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

	チェック欄
	はい いいえ
1. 全項目に漏れなく記入しています。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 事業場は50人未満です。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 当社に総括産業医は居ません。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 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"/>
5. 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"/>
6. 上記に相違ありません。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>