

船橋地域産業保健センター御中

FAX 047-424-9310

健康相談等依頼書

平成 年 月 日

船橋地域産業保健センター長

事業場名

代表者職氏名

当社の産業保健に関し、健康相談指導を受けたいので下記のとおり申し込みます。

記

事業場名		労働者数	男 名
			女 名
所在地・TEL・FAX	電話	FAX	
衛生管理者 安全衛生推進者職氏名（又は担当者名）			
主な事業の内容			
相談の内容 (該当するものに○印をつけて下さい)	1. 健康障害対策の相談 イ. 高血圧症 ロ. 高脂血症 ハ. 肝機能障害 ニ. 高血糖 ホ. 腰痛 ヘ. その他 2. 従業員の検診結果の相談 3. 従業員の健康づくりの相談 4. その他 ※郵便、FAX だけで相談される場合は、相談事項は別紙に記載して下さい。		
希望の日時	月	日	時頃