

健康相談・面接指導 利用申込書

| | | | | |
|-------------------------|---|--------|--------|--------|
| 事業場 | 事業場名 | | | |
| | 所在地 | 〒 | | |
| | | TEL: | FAX: | |
| | 労働者数 | (男: 人) | (女: 人) | (計: 人) |
| | 事業内容 | | | |
| | 代表者 | 職名: | 氏名: | |
| 相談者(事業場を代表して相談に来られる方) | 職名: | 氏名: | | |
| 申込・連絡担当者 | 本社等名称・所在地(申込対象の事業場と異なる場合) | | | |
| | 職名: | 氏名: | | |
| | TEL: | FAX: | | |
| | E-mail: | | | |
| * 企業の情報 [本社、親企業等の情報] | <input type="checkbox"/> 1. 事業者 <input type="checkbox"/> 2. 個人事業主 <input type="checkbox"/> 3. 個人事業主等への注文者 | | | |
| | 本社、又は親企業の名称: 事業場の属する企業、又は親企業の全労働者数 (人) 企業、親企業の産業医: 産業医数(人)、専任産業医(有、無)、総括産業医(有、無) | | | |
| 相談内容 (希望するものに○) | <input type="checkbox"/> 1 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 健康相談(メンタルヘルス不調者相談・その他) (対象者 名) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 5 その他 () (対象者 名) | | | |
| 事業場訪問 | <input type="checkbox"/> 1 希望する <input type="checkbox"/> 2 希望しない | | | |
| 産業保健センターの利用 | <input type="checkbox"/> 新規(直近2年間利用無) <input type="checkbox"/> 毎年継続利用 <input type="checkbox"/> それ以外: | | | |
| 相談実施日 | 実施日は受付後、電話相談にて決めさせていただきます ⇒ | | | |
| その他連絡事項等 | 相談希望日等をご記入ください | | | |

※ 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50人未満の小規模事業場を優先しますので、本社等に産業医がいる場合は企業内で対応をお願いする場合があります。

※ 「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関らず、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

※ 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。

※ 本用紙に記載された個人情報、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。

* 下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

- 1 全項目に漏れなく記入しています。
- 2 事業場は50人未満です。
- 3 当社に総括産業医は居ません。
- 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。
- 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。
- 6 「健康相談結果の取得について労働者の同意を得ている。
- 7 上記: 1~6の内容、に相違ありません。

チェック欄
はい いいえ

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 産業保健に関する情報をメールマガジンで配信しております。
 . 配信ご希望の場合は、千葉産業保健総合支援センターHPよりお申込みください。