

船橋地域産業保健センター御中
F A X 047-424-9310

平成 年 月 日

特定健康相談・面接指導 利用申込書

事業場名			
代表者	職名：	氏名：	
所在地	〒		
	TEL：	FAX：	
労働者数	男： 人	女： 人	合計： 人
事業の内容			
申込担当者	事業場・所在地（本社等、相談対象の事業場と異なる場合）		
	職名・氏名		
	TEL：	FAX：	
相談内容 （希望箇所に○）	1. 健康診断結果に基づく医師の意見聴取（対象者 名） 2. 脳心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導（対象者 名） 3. メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導（対象者 名） 4. 長時間労働者に対する面接指導（対象者 名）		
その他連絡事項	相談希望日、個別訪問希望が有る場合は記載下さい。		

注：労働者本人からの申し込みの場合は、申込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」と注記して下さい。