

地域産業保健センター利用申込書

お名前	
電話番号	

利用希望 (希望するものに○)	1 健康診断の結果に基づく保健指導や健康相談
	2 メンタルヘルス相談
	【具体的な相談内容】 ( )
その他連絡事項等 (希望の実施時期など)	

わかる範囲でお書きください。

所 属 事 業 場	事業場名	
	所在地	〒
		電話： FAX：
	労働者数	(男： 人) (女： 人) (計： 人)
	事業内容	
	代表者	職名：
氏名：		
企業等の情報 (申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合)	企業名 ( ) 全労働数 ( 人) 産業医数 ( 名) うち 総括産業医※ ( 有 ・ 無 )	

※「総括産業医」とは、企業における名称に関わらず、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。

\*下記事項をご確認いただき、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。
- 2 当社に総括産業医はいません。
- 3 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。
- 4 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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>