

地域産業保健センター利用申込書

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：	
	担当者	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。	
利用希望 (希望するものに○)	1 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者名)		
	2 長時間労働者に対する面接指導 (対象者名)		
	3 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)		
	4 有所見者に対する保健指導		
	5 職場巡視 (健康講話)		
	6 メンタルヘルス相談	7 事業場における健康確保に係る相談	
	【具体的な相談内容】		
事業場訪問	1 希望する 2 希望しない		
その他連絡事項等			

＊日程等は、コーディネーターがおって電話により調整いたします。

＊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。

- 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。

チェック欄

はい いいえ

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

【本用紙に記載された個人情報は、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。】