

治療と仕事の両立支援申込書

令和 年 月 日

| | | | | | | |
|--|--------|---|-----|------|----------|----|
| 事業場名 | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | |
| | TEL | | FAX | | | |
| 事業内容 業種 | | | | | 労働者数 | 人 |
| ご担当者 | 氏名 | | | | 所属・職名 | |
| | E-mail | | | | | |
| | 職種 | <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 労務管理担当 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 労働者（患者） <input type="checkbox"/> その他) | | | | |
| 訪問希望日 <small>※後ほど、当センターから調整のため連絡いたします。</small> | 第1希望 | 令和 年 月 日 | | 第2希望 | 令和 年 月 日 | |
| | | 午前 | 午後 | | 午前 | 午後 |
| 希望する支援内容 <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 個別訪問支援 *担当者が事業場を訪問し、両立支援に関する制度の導入等についてアドバイスします。 1 管理監督者向け両立支援教育（事業場の管理監督者や労働者等に対し、意識啓発を行うセミナー） 2 事業場内体制の整備 3 事業場内規程等の整備 4 事業場の勤務、休暇制度の整備 5 両立支援の進め方 6 両立支援に係る情報提供 7 その他（具体的に：) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 啓発セミナー（研修会） *ガイドライン等の普及・啓発を目的とした事業者等を対象とするセミナーです。 *開催計画が決定しましたら、別途ご案内させていただきます。 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 個別調整支援（ご本人の同意が必要） *事業場と労働者（患者）間の、仕事と治療の両立についてアドバイスします。 1 労働者（患者）との治療に対する配慮の検討 2 両立支援の進め方 3 両立支援プランの作成 4 職場復帰支援プランの作成 5 主治医等への相談 6 就業上の措置についての検討 7 その他（具体的に：) | | | | | | |

※この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。

【申込先】 独立行政法人労働者健康安全機構
奈良産業保健総合支援センター

FAX : 0742 (25) 3101