

申し込みは担当地域窓口までファックスで。 コーディネーターが日程等を調整させていただきます。

地域産業保健センター利用申込書

事業場の情報	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	(男 人) (女 人) (合計 人)
	事業内容・業種	
	代表者職・氏名	
	ご担当者職・氏名 連絡先電話番号	☎ : () - FAX : () -
	法人等企業の情報 (申込事業場の本社が別にある場合は、ご記入ください。)	1. 事業者 2. 個人事業主 3. 個人事業主への注文者 産業医数 (人) うち 総括産業医※の有無 (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。総括産業医がいる企業の小規模事業場については、支援の対象外となります。
相談内容 (希望内容に○を付け、対象となる労働者数を記入してください。)	1 健康診断結果に基づく医師からの意見聴取 (対象者 人) 2 長時間労働者に対する医師による面接指導 (対象者 人) 3 高ストレス者に対する医師による面接指導 (対象者 人) 4 有所見者に対する保健指導 (対象者 人) 5 職場巡視・健康講話 6 労働者の健康管理(メンタルヘルスを含む)に係る相談 (対象者 人) (具体的な相談内容)	
事業場への訪問	希望する 希望しない	
地域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"/> それ以外	
その他連絡事項等		

■ 下記事項をご一読いただき、いずれかにチェック☑を入れて下さい。

- 1 就業する事業場は50人未満です。 (はい ☐ いいえ ☐)
- 2 当社に総括産業医はいません。 (はい ☐ いいえ ☐)
- 3 健康相談・面接指導は治療目的でないことを理解しています。 (はい ☐ いいえ ☐)
- 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。 (はい ☐ いいえ ☐)
- 5 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取り扱い (はい ☐ いいえ ☐) を採用する理由を説明している。」
- 6 (個人事業者、注文者等のみ確認) 労災保険に加入している又は特別加入している。(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。

<p>●北和地域窓口 (FAX) 0742-34-1952 【担当地域】奈良市・大和郡山市・天理市・生駒市・生駒郡・山辺郡</p>	<p>●葛城地域窓口 (FAX) 0745-71-7278 【担当地域】大和高田市・橿原市・御所市・香芝市・葛城市・北葛城郡・高市郡</p>
<p>●桜井地域窓口 (FAX) 0744-42-0596 【担当地域】桜井市・宇陀市・磯城郡・宇陀郡</p>	<p>●南和地域窓口 (FAX) 0747-25-3049 (五條) / 0746-34-2358 (吉野) 【担当地域】五條市・吉野郡</p>