

様式地 1

健康相談・面接指導 利用申込書

申込日 年 月 日

| | | |
|--|--|--|
| 事業場 | 事業場名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 労働者数 | (男：) (女 人) (計 人) |
| | 事業内容 | |
| | 代表者 | 職名： 氏名： |
| | 担当者 | 職名： 氏名： 電話： FAX： |
| | 本社、親企業等の情報* | 本社、親企業等の名称 () 事業場の属する本社、親企業等の全労働者数 (人) 本社、親企業等の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名) |
| 相談内容 (希望するものに○) | 1 <input type="checkbox"/> 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 名) 2 <input type="checkbox"/> 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 3 <input type="checkbox"/> 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 4 <input type="checkbox"/> 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 5 <input type="checkbox"/> その他 () (対象者 名) | |
| 事業場訪問 | 1 <input type="checkbox"/> 希望する 2 <input type="checkbox"/> 希望しない | |
| その他連絡事項等 | | |
| <p>※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。 なお、本事業は企業規模で常時50人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。</p> <p>※ 労働者本人からの申込みの場合は、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」と注記してください。</p> <p>※ 本用紙に記載された個人情報、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> | | |
| <p>* 下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。</p> | | |
| 1 就業する事業場は50人未満です。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 2 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。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 3 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 <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |