

川越地域産業保健センター 行

健康相談・面接指導 利用申込書

事業場	事業場名			
	所在地	〒		
	労働者数	(男： 人) (女： 人)	(計： 人)	
	事業内容			
	代表者	職名： 氏名：		
	担当者 ※2	職名： 氏名：		
		担当 〒 所在地：		
※2	電話：	FAX：		
本社、親企業等の 情報 ※1	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 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 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 3 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 4 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 5 その他 ( ) (対象者 名)			
事業場訪問	1 希望する 2 希望しない			
サテライト(医療機関) 予約状況	1 予約済	(相談日時： 月 日 時 医療機関名 )		
	2 未予約	(希望日時① 月 日 時、希望日時② 月 日 時)		
その他連絡事項等				

※1 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。

※2 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。意見書等の送付先所在地記入。事業場所在地と異なる場合は必ず記入してください。

※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。

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。  はい  いいえ
- 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  いいえ
- 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  いいえ

電話 049-222-0794

F a x 049-222-8589