

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:) (女: 人) (合計: 人)	
	事業内容		
	代表者	職名 :	氏名 :
	担当者※	職名 : 担当 : 所在地 :	氏名 : Tel : FAX :
	その他※	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 : (名 うち、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) (対象者: 名) 2. 健康診断の結果についての <u>有所見者に対する</u> 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. 工学専門員による職場環境チェック (対象者: 名) 6. その他 () (対象者: 名)		
事業場訪問	1. 希望する 2. 希望しない		
その他 連絡事項等			

※申込事業場が企業の支店・営業所・工場や子会社等の場合、当該企業又は親会社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致します。

※労働者本人からの申し込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名をご記入の上、氏名の後ろに(本人)と注記してください。

※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しません。

*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	
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"/>