

## 健康相談・面接指導 利用申込書

事業場	事業場名			
	事業場所在地	〒		
	労働者数	(男: )人	(女: )人	(計: )人
	事業内容			
	代表者	職名:	氏名:	
	担当者	職名:	氏名:	
	※労働者本人からの申込みの場合は、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。	担当者所在地:	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、親企業等の全労働数 ( )人	産業医数 ( )人	うち、総括産業医 (有・無)
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 月 日 時 医療機関名)	
	2	未予約	希望日時① 年 月 日 時	希望日時② 年 月 日 時
その他連絡事項等				

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。  
 なお、本事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。総括産業医の居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。(平成31年度から適用)

※ 「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、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。

※ 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。

※下記事項を確認いただき、チェックをしてください。

- 1 全項目漏れなく記入しています。
- 2 事業場は50人未満です。
- 3 当社に総括産業医はいません。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 上記に相違ありません。

チェック欄	
はい	いいえ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>