

# 治療と仕事の両立支援申込書

年 月 日

事業場名			
業 種		労働者数	人 (企業規模 人)
事業内容			
所在地	〒		
	TEL		FAX
担当者	部署名		氏 名
	E-mail		
	職 種	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 労務管理担当 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 労働者 (患者) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
訪問希望日時	第1希望	年 月 日 ( )	時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日 ( )	時 分～ 時 分
	上記希望日以外の日程でも調整 可 ・ 不可		

希望支援内容：□にチェックを入れ、希望する番号に、○印を付けて下さい。

個別訪問支援

\*担当者が事業場を訪問し、両立支援に関する制度の導入等についてアドバイスします。

- 1 管理監督者向け両立支援教育 (事業場の管理監督者や労働者等に対する意識啓発の社内教育)
- 2 事業場内体制の整備
- 3 事業場内規程等の整備
- 4 事業場の勤務、休暇制度の整備
- 5 両立支援の進め方
- 6 両立支援に係る情報提供
- 7 その他 (具体的に： )

啓発セミナー

\*ガイドライン等の普及・啓発を目的とした事業者等を対象とするセミナーです。

個別調整支援 (ご本人の同意が必要)

\*事業場と労働者 (患者) 間の、仕事と治療の両立についてアドバイスします。

- 1 労働者 (患者) との治療に対する配慮の検討
- 2 両立支援の進め方
- 3 両立支援プランの作成
- 4 職場復帰支援プランの作成
- 5 主治医等への相談
- 6 就業上の措置についての検討
- 7 その他 (具体的に： )

※支援センター記入欄 :

【申込先】 独立行政法人労働者健康安全機構 千葉産業保健総合支援センター

〒260-0013 千葉県千葉市中央区中央3-3-8 日進センタービル8階 TEL : 043-202-3639

**F A X : 043 - 202 - 3638**

※本書をFAXにて送信してください。申込書受領後、当センターからご連絡いたします。

※この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。