

() 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	(業種)
	代表者	職名： 氏名：
	相談者 (対面される方)	職名： 氏名： 電話： FAX： E-mail：
連絡担当者 (上記相談者以外をご希望の場合)		職名： 氏名： 電話： FAX： E-mail：
※企業の情報 (本支店等がある場合企業全体の情報)		企業名： 労働者数： 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 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 2 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導) (対象者 名) 3 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・その他) (対象者 名) 4 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 5 高ストレス者に対する面接指導 (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	
定期健康診断月	月	
相談希望日	第1希望 月 日 第2希望 月 日	
その他連絡事項等		

- ※ 申込み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。
- ※ 労働者数50人未満の小規模事業場を優先しておりますので、本社等で産業医を選任されている場合は、企業内での対応をお願いする場合があります。総括産業医がおられる企業の小規模事業場は支援対象外といたします。
- ※ 「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。
- ※ 労働者本人からの申込みの場合は、相談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。
- ※ 本用紙に記載された個人情報は、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。

* 下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

- 1 事業場は50人未満です。
- 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。
- 3 本事業について必要な個人情報の提供について同意します。
- 4 今回の利用は、労働基準監督署からの紹介によるものです。
- 5 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。」

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"/>

チェックは必ず入れてください。