

一宮地域産業保健センター 行 (FAX:0586-72-1447)

健康相談・面接指導 利用申込書 (申込日: 年 月 日)

--

事業場	事業場名						
	所在地	〒					
	労働者数	男	人	女	人	合計	人
	事業内容						
	代表者	職名			氏名		
	担当者	職名			氏名		
		TEL			FAX		
		E-mail					
	企業情報	事業者形態	<input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> 個人事業主等への注文者				
		企業名				労働者数	人
本社有無		有・無	産業医数	人 (うち統括産業医: 有・無)			
相談内容 (希望する番号に○印)	1	健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)	対象者	人			
	2	健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)	対象者	人			
	3	健康相談 (ストレスチェック相談・指導)	対象者	人			
	4	健康相談 (その他)	対象者	人			
	5	健康診断の結果についての医師の意見聴取 【健診結果票提出方法】 ( <input type="checkbox"/> 窓口持参 ・ <input type="checkbox"/> 郵送 ) * 郵送返却を希望の場合は返信用封筒・レターパックを同封 * お申込み次第、当センターへ健診結果票をご提出ください	対象者	人			
	6	長時間労働者に対する面接指導	対象者	人			
	7	高ストレス者に対する面接指導	対象者	人			
	8	その他 ( )	対象者	人			
労働基準監督署の文書指導		有・無	(有の場合: 通知日 年 月 日)				
地域産業保健センターの利用	<input type="checkbox"/> 新規 (直近2年間利用無) <input type="checkbox"/> それ以外	その他	連絡事項				

\* 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。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。総括産業医が居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、担当者欄にご本人の氏名を記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。

\* 副業・兼業労働者 (2 人以上の事業場に雇用されている人で、いずれも「常時使用する労働者」となっていない人) の相談は、専用の申込書を使用してください。

\* 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いたしません。

## 【下記事項をご確認のうえチェックしてください】

はいいいえ

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. 全項目に漏れなく記入しています。  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. 事業場は50人未満です。  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 当社に総括産業医は居ません。  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. 健康相談・面接指導は治療目的でないことを理解しています。  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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。   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」<br>又は「保健指導結果の取得について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。」 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. (個人事業者、注文者等のみ確認) 労災保険に加入している<br>又は特別加入をしている。  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. 上記に相違ありません。   |