



事業場名					
業種		事業内容		労働者数	人
所在地	〒 - - (☎ - -) (☎ - -)				
申込者	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(_____)				

下記の希望する支援事業の に○印をつけ、該当する相談内容に☑してください。

産業保健相談
【相談内容】

治療と仕事の両立支援
【相談内容】
<input type="checkbox"/> 啓発セミナー(共催 有・無) <input type="checkbox"/> 個別訪問(事業場内意識啓発、教育研修、規程等整備等) <input type="checkbox"/> 個別調整支援(プラン作成) <input type="checkbox"/> その他(_____)

メンタルヘルス対策支援
【相談内容】
<input type="checkbox"/> 衛生委員会にかかる支援 <input type="checkbox"/> 心の健康づくり計画策定支援 <input type="checkbox"/> 事業場内体制整備 <input type="checkbox"/> 職場復職にかかる支援 <input type="checkbox"/> ストレスチェック制度導入支援 <input type="checkbox"/> 職場復帰支援プログラム作成支援 <input type="checkbox"/> 管理・監督者研修 <input type="checkbox"/> 若年労働者向け研修 <input type="checkbox"/> その他(_____)

副業・兼業労働者の健康相談・面接指導
【相談内容】
<input type="checkbox"/> 健康相談(脳・心臓、メンタルヘルス、ストレスチェック) <input type="checkbox"/> 健康診断結果後の医師意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者に対する面接 <input type="checkbox"/> 高ストレス者に対する面接 <input type="checkbox"/> その他(_____)

* 申込受領後、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。

申込先： **独立行政法人 労働者健康安全機構 広島産業保健総合支援センター**



FAX送信票



(管轄地域窓口のFAX番号は、パンフレットよりご確認ください)

地域窓口(地域産業保健センター)宛 健康相談・面接指導 利用申込書

事業場名	
所在地	〒 - (☎ - -) (住 ー -)
労働者数	男： 人 / 女： 人 / 計： 人
業種	製造業 建設業 運送業 電気・ガス・水道業 情報通信業 卸・小売業 金融・保険業 不動産業 飲食・宿泊業 医療・福祉 教育・学習支援 サービス業 その他() (事業内容：)
代表者	職名： 氏名：
担当者	部署： 職名： 氏名： 連絡の取れる電話番号(- -) FAX(- -)
本社、親企業等 企業情報	本社、親会社等の名称() 事業場の属する本社、親会社等の全労働者数(人) 本社、親企業等の産業医数【産業医()人のうち総括産業医(無・有()人)】
相談内容 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 健康相談(脳・心臓疾患リスク者保健指導) (対象者 名) <input type="checkbox"/> 健康相談(メンタルヘルス不調者相談・指導) (対象者 名) <input type="checkbox"/> 健康相談(ストレスチェック相談・指導) (対象者 名) <input type="checkbox"/> 健康相談(その他) <input type="checkbox"/> 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) <input type="checkbox"/> 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) <input type="checkbox"/> 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) <input type="checkbox"/> その他()
事業場訪問 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
その他連絡事項	

* 申し込み事業場が企業の支店、営業所、工場の子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。
 なお、本事業は企業規模で常時労働者50人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。

* 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。

* 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。

● 下記事項をご確認いただき、☑してください。

	はい	いいえ
1 事業場は労働者50人未満です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 当社に総括産業医は居ません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 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"/>
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「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"/>
6 上記に相違ありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>