

健康相談・面接指導 利用申込書

事業場	事業場名			
	所在地	〒		
		TEL:	FAX:	
	労働者数	(男: 人) (女: 人) (計: 人)		
	事業内容			
代表者	職名:			
	氏名:			
申込担当者	本社等名称・所在地(申込対象の事業場と異なる場合)			
	職名・氏名:			
	TEL:	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)			
	本社、親企業等の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名)			
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		
その他連絡事項等	相談希望日等をご記入ください			

※ 申込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。
なお、本事業は企業規模で常時50人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。

※ 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、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。

*下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。

チェック欄
はい いいえ

- 1 就業する事業場は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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>