

# F A X用 健康相談・面接指導・利用申込書

相談内容 (希望するものに○)	1 労働者の健康管理に係る相談 (対象者 名) 2 労働者の健康管理 (メンタルヘルス) に係る相談 (対象者 名) 3 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (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	事業場名	労働者数	名
	事業内容	1製造業 2建設業 3運送業 4電気・ガス・水道 5情報通信業 6卸・小売業 7金融・保険業 8不動産業 9飲食・宿泊業 10医療・福祉 11教育・学習支援 12 サービス業 13その他 ( )	
	所在地	〒	
	代表者	職名： 氏名：	
	担当者	職名： 氏名： 電話： 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、親企業等の全労働者数 ( ) 人 本社、親企業等の産業医数 (産業医 名、内総括産業医 有・無 )	
事業場訪問	1 希望する	2 希望しない	
その他連絡事項等			

※ 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。総括産業医がい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。

※ チェック欄に「いいえ」がありますと、相談をお受け出来ない場合があります。

- \* 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。**
- |                                 |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 就業する事業場は50人未満です。              | チェック欄                    |                          |
| 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。 | はい                       | いいえ                      |
| 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"/> |