ＦＡＸ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： メールアドレス：
	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。

※ 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。

＊下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

		チェック欄 はい	チェック欄 いいえ
1	全項目に漏れなく記入しています。	□	□
2	事業場は５０人未満です。	□	□
3	当社に総括産業医は居ません。	□	□
4	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。	□	□
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。	□	□
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。」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。」	□	□
7	上記に相違ありません。	□	□