

治療と職業生活の両立支援申込書

平成 年 月 日

| | | | | | |
|--|--------|---|-----|------|---|
| 事業場名 | | | | | |
| 業 種 | | 事業内容 | | 労働者数 | 人 |
| 所 在 地 | 〒 | | | | |
| | TEL | | FAX | | |
| 担 当 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 | | | |
| 希望する支援内容 <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 個別訪問支援 *担当者が事業場を訪問し、両立支援に関する制度の導入等についてアドバイスします。 1 両立支援に関する意識啓発 2 教育研修の実施 3 事業場内体制の整備 4 事業場内規程等の整備 5 事業場の勤務、休暇制度の整備 6 両立支援の進め方 7 両立支援プラン 8 職場復帰支援プラン 9 両立支援に係る情報提供 10 その他（具体的に： | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 啓発セミナー *ガイドライン等の普及・啓発を目的とした事業者等を対象とするセミナーです。 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 個別調整支援（支援にあたって患者ご本人の同意が必要となります） *事業場と労働者（患者）間の、仕事と治療の両立についてアドバイスします。 1 事業場内規程等の整備 2 事業場内の勤務制度、休暇制度の整備 3 労働者（患者）との連絡調整 4 両立支援の進め方 5 両立支援プラン 6 職場復帰支援プラン 7 人事労務担当者等との調整 8 主治医との連携 9 就業上の措置 10 その他（ | | | | | |

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 大阪産業保健総合支援センター

FAX : 06 - 6944 - 1192

※申込書受領後、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、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。