

# 治療と仕事の両立支援申込書

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  にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。

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 管理監督者向け両立支援教育（事業場の管理監督者や労働者等に対し、意識啓発を行うセミナー） |              |
| 2 事業場内体制の整備                                    | 3 事業場内規程等の整備 |
| 4 事業場の勤務、休暇制度の整備                               | 5 両立支援の進め方   |
| 6 両立支援に係る情報提供                                  |              |
| 7 その他（具体的に：                                    | ）            |

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。

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 労働者（患者）との治療に対する配慮の検討 | 2 両立支援の進め方      |
| 3 両立支援プランの作成           | 4 職場復帰支援プランの作成  |
| 5 主治医等への相談             | 6 就業上の措置についての検討 |
| 7 その他（具体的に：            | ）               |

【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。