

# 利用申込書 (F A X 06-6944-1192)

ご希望の支援内容 (希望番号に○)	1. 定期健康診断後の保健指導 (対象者 名) 2. 健康講話 (対象者 名) 3. 治療と仕事の両立支援 (対象者疾病名※: )
事業場名	
所在地	〒 大阪府
事業内容 (該当番号に○)	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 ( )
代表者	職名 氏名
担当者	職名 氏名 電話 FAX メールアドレス;
企業の情報	企業名 ( ) 労働者数 人 (男: 人・女: 人) 産業医数 人 うち総括産業医 (有・無)
健康診断実施の有無	有 ( 年 月 日実施) ・ 無
産業医による意見聴取の有無	有 ・ 無

※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。

※対象とする疾病は、がんなど、反復・継続して治療が必要となる疾病であり、  
短期で治癒する疾病は対象としていません。

\*下記事項をご一読いただき、必ずいずれかにチェックをしてください。

はい いいえ

1. 対象者（ご本人）が保健指導・両立支援を受けることに同意しています
2. 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
3. 保健指導結果の取得について労働者の同意を得ています

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>