

## 吾妻地域産業保健センター利用申込書

事業場	事業場名												
	所在地	〒											
	労働者数	(男： 人)	(女： 人)	(計： 人)									
	事業内容												
	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、親企業等の労働数 ( 人)												
	企業全体の労働数 ( 人)												
	本社、親企業等の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名)												
相談内容 (希望するものに○)	1 健康診断結果の有所見者に係る医師からの意見聴取 (対象者 名)												
	2 治療と職業生活の両立に関する相談・指導 (対象者 名)												
	3 脳・心臓疾患等リスクが高い労働者に対する保健指導 (対象者 名)												
	4 メンタルヘルス不調の労働者に関する相談・指導 (対象者 名)												
	5 長時間労働者の健康不安等に関する医師による面接指導 (対象者 名)												
	6 高ストレス者に関する医師による面接指導 (対象者 名)												
	7 職場の作業環境管理や作業管理についての相談・指導												
	8 その他 ( ) (対象者 名)												
希望月日	第一希望：平成 年 月 日、第二希望：平成 年 月 日												
事業場訪問	希望する(早急に 、 月ごろ)		希望しない										
その他連絡事項等													
<p>* 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。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">チェック欄</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">はい いいえ</td> </tr> <tr> <td>1 就業する事業場は50人未満です。</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>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</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					チェック欄		はい いいえ	1 就業する事業場は50人未満です。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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"/>
	チェック欄												
	はい いいえ												
1 就業する事業場は50人未満です。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
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"/>												

※ 申し込み事業場が、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記入して下さい。  
 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。

※ 労働者本人からの申し込みの場合は、担当者欄の職名に本人と記入いただき、氏名を記入して下さい。

※ 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。

◎ 吾妻地域産業保健センター連絡先等

所在地：吾妻郡中之条町大字伊勢町25-9 (吾妻郡医師会内)

TEL：0279-75-3334 FAX：0279-75-6228