

事業場	事業場名			
	所在地	〒	〒	〒
	労働者数	名 (内派遣労働者数 名)	名 (内派遣労働者数 名)	名 (内派遣労働者数 名)
	事業内容			
	代表者	職名： 氏名：	職名： 氏名：	職名： 氏名：
	担当者	職名： 氏名： 電話：	職名： 氏名： 電話：	職名： 氏名： 電話：
	企業の情報※	企業名 労働者数 人 産業医数 人 うち 総括産業医 (有・無)	企業名 労働者数 人 産業医数 人 うち 総括産業医 (有・無)	企業名 労働者数 人 産業医数 人 うち 総括産業医 (有・無)
相談内容 (希望するものに○)	1 健康相談(脳・心臓疾患リスク者保健指導) 2 健康相談(メンタルヘルス不調者相談・指導) 3 健康相談(ストレスチェック相談・指導) 4 健康相談(その他) 5 健康診断の結果についての医師の意見聴取 6 長時間労働者に対する面接指導 7 高ストレス者に対する面接指導 8 その他()			
その他連絡事項等				

※ 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、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。

* 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	いいえ
1 全項目にもれなく記入しています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 副業・兼業労働者である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 当社に総括産業医は居ません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 保健指導結果の取得について同意します。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 上記に相違ありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◎ 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