

F A X 用 健康相談・面接指導・利用申込書

相 談 内 容 (希望するものに○)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">1 労働者の健康管理に係る相談</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">(対象者 名)</td> </tr> <tr> <td>2 労働者の健康管理 (メンタルヘルス) に係る相談</td> <td style="text-align: right;">(対象者 名)</td> </tr> <tr> <td>3 健康診断の結果についての医師の意見聴取</td> <td style="text-align: right;">(対象者 名)</td> </tr> <tr> <td>4 長時間労働者に対する面接指導</td> <td style="text-align: right;">(対象者 名)</td> </tr> <tr> <td>5 高ストレス者に対する面接指導</td> <td style="text-align: right;">(対象者 名)</td> </tr> <tr> <td>6 その他 ()</td> <td style="text-align: right;">(対象者 名)</td> </tr> </table>	1 労働者の健康管理に係る相談	(対象者 名)	2 労働者の健康管理 (メンタルヘルス) に係る相談	(対象者 名)	3 健康診断の結果についての医師の意見聴取	(対象者 名)	4 長時間労働者に対する面接指導	(対象者 名)	5 高ストレス者に対する面接指導	(対象者 名)	6 その他 ()	(対象者 名)
1 労働者の健康管理に係る相談	(対象者 名)												
2 労働者の健康管理 (メンタルヘルス) に係る相談	(対象者 名)												
3 健康診断の結果についての医師の意見聴取	(対象者 名)												
4 長時間労働者に対する面接指導	(対象者 名)												
5 高ストレス者に対する面接指導	(対象者 名)												
6 その他 ()	(対象者 名)												
事業場	事業場名	労働者数 名											
	事業内容	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 ()											
	所在地	〒											
	代表者	職名： 氏名：											
	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、親企業等の全労働者数 (人) 本社、親企業等の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名)											
事業場訪問	1 希望する 2 希望しない												
その他連絡事項等													

※ 申込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ご記入ください。
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込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名をご記入のうえ、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。

※ チェック欄に「いいえ」がありますと、相談をお受け出来ない場合があります。

※ 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。

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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |