


FAX用

「健康相談・面接相談・個別訪問」申込書

該当する項目の () にチェック () してください。

方 法	内 容
() 健康相談窓口	() 健康診断結果に対する医師の意見
() 面接指導窓口	() 長時間労働者への面接指導
() 個別訪問指導	() 高ストレス者への面接指導
	() メンタルヘルスについて
	() その他について

事業所名				様
業 種	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 ()			
ご担当者	部署名	お名前		様
本社、親企業等の情報 ※	本社、親会社等の名称 () 事業場の属する本社、親企業等の全労働者 本社、親企業等の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名)			
従業員数	(男:)	(女:)	(計:)	人
所在地	〒			
T E L				
F A X				

※ 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。

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"/> | <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"/> |