

## 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○)	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 |