

健康相談・面接指導 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		
	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 ( 人 ) 本社、親企業の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名)		
相談内容 (希望するものに○)	1、健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導) (対象者 名) 2、健康相談 (メンタルヘルス不調者・相談) (対象者 名) 3、健康相談 (その他) (対象者 名) 4、健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 5、長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 6、高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 7、その他 ( ) (対象者 名)		
事業場訪問	1、希望する 2、希望しない		
その他連絡事項			

※ 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します。

※ 労働者本人からの申し込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名をご記入の上、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。

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。

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。

★ この申込書を次へ郵送又はFAXあるいは、センター窓口にお持ちください。

★ 申し込みされた方へは、後ほどセンターから相談日時を連絡いたします。

帯広地域産業保健センター

〒080-0803 帯広市東3条南11丁目2番地 帯広市医師会館

TEL 0155-26-9000 FAX 0155-26-9000