

## 健康相談・面接指導 利用申込書

申 込 年 月 日	平成 年 月 日	希 望 項 目	<input type="checkbox"/> ・相談窓口	<input type="checkbox"/> ・個別指導訪問
事 業 場 名 称		従 業 員 数	男 名・女 名	計 名
代 表 者 氏 名		有 所 見 者	男 名・女 名	計 名
担 当 者 氏 名		事 業 内 容		
事 業 場 所 在 地		電 話	( )	—
相 談 者 職 氏 名		F A X	( )	—
本 社、親 企 業 等 の 情 報	本社、親企業等の名称 ( ) 全労働者数 ( ) 人 産業医数( ) 人 総括産業医( 有 ・ 無 )			
相談事項(相談したい内容の番号・記号に○をつけて下さい)				
1. 労働者の健康管理(メンタルヘルスを含む)に関する相談について			(対象者	名)
2. 健康診断の結果についての医師の意見聴取			(対象者	名)
3. 長時間労働者に対する面接指導			(対象者	名)
4. 高ストレス者に対する面接指導			(対象者	名)
5. その他			(対象者	名)
相談希望年月日	第一希望	平成 年 月 日 ( )	午後2時00分～	
	第二希望	平成 年 月 日 ( )	午後2時00分～	
申 込 先	岩見沢地域産業保健センター (岩見沢市医師会内)	電 話	0126-20-2211	FAX 0126-20-2211
	美 唄 市 医 師 会 (美唄市保健センター内)	電 話	0126-62-3451	FAX 0126-63-4885
	三 笠 市 医 師 会 (ふれあい健康センター内)	電 話	01267-2-8245	FAX 01267-3-1329
	空 知 南 部 医 師 会 (梶整形外科医院内)	電 話	0123-72-0058	FAX 0123-72-5237
	夕 張 市 医 師 会 (中條医院内)	電 話	0123-58-2350	FAX 0123-58-2235

※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。

総括産業医がいる企業の小規模事業場は対象外といたします。(平成31年度から適用)

※総括産業医とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総括的に指導を行う産業医のことです。

※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。

- ※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。
- |                                 |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                 | は い                      | い い え                    |
| 1 全項目に漏れなく記入しています。              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 就業する事業場は50人未満です。              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 当社に総括産業医はいません。                | <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 上記に相違ありません。                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |