

太枠の部分とチェック欄
☑にご記入ください。
(記入例赤字)

健康相談・面接指導 利用申込書

平成 30 年 9 月 25 日

事業場名	瀬戸内機器株式会社 岡山営業所	
所在地	〒700-0001 岡山市北区下石井2-1-100	
労働者数	(男: 15 人) (女: 10 人) (計: 25 人)	
業種 (いずれかに○)	1. 製造業 2. 建設業 3. 運送業 4. 電気・ガス・水道業 5. 情報通信 6. 卸・小売 7. 金融・保険 8. 不動産業 9. 飲食店・宿泊業 10. 医療・福祉 11. 教育・学習支援事業 12. サービス業(その他) 13. その他	
事業内容	例) 菓子の製造・販売/小荷物の配送/ビルの防水工事 のように記入してください事務用品の販売 事務用品の販売	
代表者	職名: 代表取締役 氏名: 岡山 太郎	
連絡担当者	職名: 総務課長 氏名: 倉敷 二郎 電話: 086-000-0000 FAX: 086-000-0010	
企業の情報※1	企業名 (瀬戸内機器株式会社) 労働者数 (300 人) 産業医数 (1 人) うち 総括産業医※2 (有 ・ 無)	
相談対応	相談内容 (希望するものに○) ① 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 10 名) ② 長時間労働者に対する面接指導 *詳細を「その他連絡事項欄」へ (対象者 2 名) 3 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 4 労働者の健康管理(メンタルヘルスを含む)に係る相談 (対象者 名) ⑤ 保健師による保健指導 等 (対象者 2 名) 6 その他 () (対象者 名)	
事業場訪問	① 希望する 2 希望しない ① 職場巡視等による産業保健指導 2 健康講話 3 労働衛生工学専門員による作業環境等の産業保健指導	
その他連絡事項	*上記「相談内容」の 2 長時間労働者についての詳細 ◆対象月: <u> 8 </u> 月 ◆対象者: 100時間超 1 名 80時間超 1 名 その他 名 ★ <u> </u> 月 監督署の指導を受けた	

※1 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。

なお、本事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。

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

※2 「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を指します。

※3 利用の申込みは、年度毎に2回まで可能です。申込みの状況等により、利用をお断りする場合があります。

※4 相談対応は、事業場、またはセンター指定の場所にて行います。

※5 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。

- 1 事業場は50人未満です。
- 2 当社に総括産業医は居ません。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 今回が初めての利用です。 □はい ☑いいえ (前回利用日 30年 5 月頃)

チェック欄	はい	いいえ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>