

健康相談・面接指導 利用申込書

平成 年 月 日

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	(男: 人) (女: 人) (計: 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
	代表者	職名: 氏名:
	連絡担当者	職名: 氏名: 電話: FAX:
	企業の情報*	企業名 ( ) 労働者数 ( 人) 産業医数 ( 人) うち 総括産業医 ( 有 ・ 無 )
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 名) 2 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) *詳細を下記へもご記入ください 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 その他 ( ) (対象者 名)	
事業場訪問	1 希望する 2 希望しない	
その他連絡事項等	★上記2 長時間労働者についての詳細 ◆対象月: 月、 ◆時間数: 100時間超・80時間超・その他 (該当するものに○印) (複数人の場合、空欄へ分かるようにご記入ください)  ★ 月 監督署の指導を受けた	

※ 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)

※ 「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。

※ 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。   | チェック欄<br>はい いいえ<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2 当社に総括産業医は居ません。   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                    |
| 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。  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                    |
| 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。  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                    |
| 5 今回が初めての利用です。 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> (前回利用日 年 月頃) |  |