

一宮地域産業保健センター 行 (FAX:0586-72-1447)

健康相談・面接指導 利用申込書 (申込日: 年 月 日)

事業場名										
所在地	〒						労働者数	男	人	
事業内容								女	人	
								計	人	
代表者	役職					☐ 担当者	役職			
	氏名					☐ 対象者本人	氏名			
TEL					Email					
FAX										
属性	☐ 事業者 ☐ 個人事業者等 (労災特別加入者本人) ☐ 個人事業者等への注文者等									
企業の情報 他事業場がある 場合のみ記入	企業名						労働者数	人		
	本社有無	有 ・ 無		産業医数	人 (うち統括産業医: 有 ・ 無)					
相談内容 (希望する番号に○印)	1	健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)					対象者	人		
	2	健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)					対象者	人		
	3	健康相談 (ストレスチェック相談・指導)					対象者	人		
	4	健康相談 (その他)					対象者	人		
	5	健康診断の結果についての医師からの意見聴取 【健診結果票提出方法】 (☐ 窓口持参 ・ ☐ 郵送) * 郵送返却を希望の場合は返信用封筒・レターパックを同封 * お申込み次第、当センターへ健診結果票をご提出ください					対象者	人		
	6	長時間労働者に対する医師による面接指導					対象者	人		
	7	高ストレス者に対する医師による面接指導					対象者	人		
	8	その他 ()					対象者	人		
労働基準監督署の文書指導		有 ・ 無		(有の場合: 通知日		年 月 日)				
地域産業保健センターの利用	☐ 新規 (直近2年間利用無) ☐ その他		その他		連絡事項					

* 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。

* 「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。

* 「個人事業者等」は、事業を行う者のうち労働者を使用しないもの及び中小企業の事業主又は役員のことを指し、本事業では、労災保険に特別加入している者が支援対象となります。個人事業者等自身に係る相談をご希望の場合は「2 個人事業者等」を、注文者等の立場で個人事業者等に係る相談をご希望の場合は「3 個人事業者等への注文者等」を選択してください。

* 副業・兼業労働者 (労働基準法上で、2 社以上の事業場で仕事をしている労働者) の相談は、専用の申込書を使用してください。

【下記事項をご確認のうえチェックしてください】

はい いいえ

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 1. 全項目に漏れなく記入しています。 |
| ☐ | ☐ | 2. 事業場は50人未満です。 |
| ☐ | ☐ | 3. 当社に総括産業医は居ません。 |
| ☐ | ☐ | 4. 健康相談・面接指導は治療目的でないことを理解しています。 |
| ☐ | ☐ | 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。 |
| ☐ | ☐ | 6. 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」
又は「保健指導結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。」 |
| ☐ | ☐ | 7. 労災保険に加入しています。 |
| ☐ | ☐ | 8. 上記に相違ありません。 |

* 本用紙に記載された個人情報は、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。