＿＿＿＿＿＿ 地域産業保健センター利用申込書

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	（男：　　人）　（女：　　人）　（計：　　人）
	事業内容	
	担当者	職 名：
		氏 名：
		電 話：　　FAX：
		メールアドレス：
	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、親企業等の労働数　（　　人）
		企業全体の労働数　（　　人）
		本社、親企業等の産業医数　（産業医　　名、内総括産業医　有　・　無　）
相談内容（希望するものに○）		1　労働者の健康管理（メンタルヘルス含む）に係る相談　（対象者　　名） 2　健康診断結果の有所見者に係る医師からの意見聴取　（対象者　　名） 3　長時間労働者の健康不安等に関する医師による面接指導　（対象者　　名） 4　高ストレス者に関する医師による面接指導　（対象者　　名） 5　職場の作業環境管理や作業管理についての相談・指導 6　その他（　　）　（対象者　　名）
希望月日		第一希望：令和　　年　　月　　日、第二希望：令和　　年　　月　　日
事業場訪問		希望する（早急に　、　　月ごろ）　希望しない
その他連絡事項等		

◆ 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。

	チェック欄
1　就業する事業場は５０人未満です。	□はい　□いいえ
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。	□はい　□いいえ
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。	□はい　□いいえ
4　当社に総括産業医はいません。	□はい　□いいえ
5「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「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。」	□はい　□いいえ

※ 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を優先的に対象といたします。総括産業医がいる企業の小規模事業場は支援対象外といたします。（令和元年度から適用）

※ 「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。

※ 労働者本人からの申し込みの場合は、担当者欄の職名に本人と記入いただき、氏名を記入して下さい。

※ 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。