

香川産業保健総合支援センター 宛 FAX：087-826-3830
 地域産業保健センター「健康相談・面接指導」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	
	代表者	職名： 氏名：
	担当者 ※①	職名： 氏名： () 電話： FAX：
本社、親企業等の 情報※②	本社、親企業等の名称 () 事業場の属する本社、親企業等の全労働者数 (人) 本社、親企業等の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名)	
相談内容 (希望するものに○)	1 労働者の健康管理に係る相談 (対象者 名) ・ 脳・心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導 (対象者 名) ・ メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導 (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 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		

※① 労働者本人からのお申し込みの場合は、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。

※② 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。

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。

チェック欄
はい いいえ

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 就業する事業場は50人未満です。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |