

# 地域産業保健事業

## 特定健康相談・面接指導利用申込書

佐伯地域産業保健センター 担当 <sup>みつせ</sup>三瀬  
 TEL 0829-20-0032  
 FAX 0829-20-0031

○健康相談窓口利用をご希望の場合：開催日（裏面予定表より） 月 日 ・開催日以外の 月 日頃	
○訪問指導をご希望の場合 月 日 ～ 月 日頃（ 月 日は除く ）	
事業場	事業場名
	所在地
	労働者数
	事業内容
	代表者
	担当者
	本社、親企業等の情報※
相談内容 (希望するものに○)	
事業場訪問	
その他連絡事項等	

※ 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。  
 なお、本事業は企業規模で常時50人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。

※ 労働者本人からの申込みの場合は、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。

※ 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。
- 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。
- 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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>