

健康相談・面接指導 利用申込書

相 談 希 望 日	月 日 (月 日 ~ 月 日)
-----------	-------------------

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	職氏名：
	担 当 者	職氏名： 電 話： FAX：
	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)
健康診断実施日	月 (月 ~ 月)	

相 談 内 容 (希望するものに○)	1 労働者の健康管理（メンタルを含む）に係る相談 (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 高ストレス者に対する面接指導 (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	
----------	--

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 就業する事業場は50人未満です。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <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"/>

※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。