

健康相談・面接指導 利用申込書

事業場	① 事業場名	
	② 所在地	〒
	③ 連絡先	TEL : FAX :
	④ 担当者 ◆必要な様式等をお送りする場合がありますので、メールアドレスもご記入ください。	職名 : 氏名 : メールアドレス :
	⑤ 事業内容	
	⑥ 労働者数	(男 : 人) (女 : 人) (計 : 人)
	⑦ 企業情報※	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) 産業医数 (人) うち、総括産業医※ (有 ・ 無)
⑧ 相談内容 (希望するものに○をお付け下さい)	1. 労働者の心身に係る健康相談 (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) 6. 個別訪問指導 (医師などによる職場巡視など)	
⑨ 開催希望日時 ◆対面相談希望の方のみご記入下さい	第1希望 : 月 日 () 第2希望 : 月 日 () 第3希望 : 月 日 () 第4希望 : 月 日 () * なるべく1ヶ月先以降の希望日をご記入いただきますようお願い致します。 * 平日の13時~15時を目安に行います。	
⑩ 相談会場 ◆対面相談希望の方のみ、希望する場所に○をお付け下さい	1. 行田市医師会館 2. カノープス羽生 3. 北埼玉医師会メディカルセンター 4. 事業場訪問	

※申し込み事業場が企業の支店・営業所・工場や子会社等の場合、当該企業又は親会社の情報をご記入下さい。

※「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。

※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 貴事業場は50人未満ですか? 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か? 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か? はい いいえ

*当事業をどちらで知りましたか?

()