

平成 年 月 日

両立支援促進員による

訪問支援申込書

埼玉産業保健総合支援センター 行（FAX：048-829-2660）

下記のとおり、両立支援促進員による支援を申し込みます。

事業場の名称				
代表者職氏名				
所在地	〒（ - ）			
業種		労働者数	人	
TEL		FAX		
担当者氏名				
	職名		所属部署	
	E-mail			
訪問希望日	第1希望	平成 年 月 日	第2希望	平成 年 月 日
		午前	午後	午前

両立支援促進員に助言を希望する事項		（該当する番号に○をつけてください。）	
1 ガイドライン導入を進めるための相談		3 事業場における体制・規程づくりへの助言	
①事業場内体制の整備		4 患者（労働者）と事業場との個別調整支援（準備中）	
②「職場復帰プログラム」の策定		5 医療従事者用の主治医作成の意見書の書き方（準備中）	
2 周知啓発のための管理監督者等に関する教育		6 その他（希望する事項をご記入ください）	
① 管理監督者向け両立支援教育			
② 労働者向け両立支援教育			
希望する支援の具体的内容			

本書をFAXにて送信ください。 FAX番号：048-829-2660
追って当センターより訪問日時等について、調整のためご連絡申し上げます。

【申込先】埼玉産業保健総合支援センター

〒330-0063

埼玉県さいたま市浦和区高砂2-2-3 さいたま浦和ビルディング6F

TEL：048-829-2661 FAX：048-829-2660

E-mail： info@saitamas.johas.go.jp