

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 (パート・アルバイト含む)	(男: 人) (女: 人) (計: 人)
	事業内容	
	代表者	職名: 氏名:
	担当者	職名: 氏名: 電話: FAX:
企業の情報	1 事業者 2 個人事業者等 3 個人事業者等への注文者等	
	<small>「個人事業者等」とは、労災保険に特別加入している個人事業主や中小企業の事業主又は役員をいいます。 「個人事業者等への注文者等」とは、個人事業者等への注文者等で労働者50人未満の事業場に限り ます。また医師の意見聴取および健康相談の申し込みはできません。</small>	
	企業名 () 本社の有無 (有・無)	
	労働者数 (パート・アルバイト含む) (人)	
	産業医数 (人)	
	うち 総括産業医 (有・無)	
相談内容 (希望するものに○)	1 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)	(対象者 名)
	2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)	(対象者 名)
	3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導)	(対象者 名)
	4 健康相談 (その他)	(対象者 名)
	5 健康診断の結果についての医師の意見聴取	(対象者 名)
	6 長時間労働者に対する面接指導	(対象者 名)
	7 高ストレス者に対する面接指導	(対象者 名)
	8 その他 ()	(対象者 名)
事業場訪問	1 希望する ・ 2 希望しない	
地域産業保健センター の 利 用	<input type="checkbox"/> 新規 (直近2年間利用無) ・ <input type="checkbox"/> それ以外	
その他連絡事項等		

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。
 なお、本事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。(平成31年度から適用)
 ※ 「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。
 ※ 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。
 ※ 副業・兼業に関する相談は様式地1-2 (例) を使用すること。

※ 下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

- | | |
|---|--|
| 1 全項目に漏れなく記入しています。 | チェック欄
はい いいえ
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2 事業場は50人未満です。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3 当社に総括産業医は居ません。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4 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"/> |
| 5 健康診断の結果についての医師の意見聴取の申込みにあたり、あわせて書面による健康相談(保健指導)を実施することがあることに同意します。(各地域の状況により実施しないこともあります) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6 本事業の実施に必要な労働者の個人情報及び心身の状態の情報の提供について同意します。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7 心身の状態の情報(法定外項目を含む)の提供および健康相談結果等の取得について、労働者の同意を得ています | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8 (個人事業者等、注文者等のみ確認)労災保険に加入又は労災保険特別加入をしている。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9 上記に相違ありません | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |