



※サービスをご希望の方は、地域産業保健センター一覧にて対象地区をご確認のうえ、お申込下さい。

申込地域産業保健センター名		地域産業保健センター		申込日	年	月	日	
事業場	事業場名							
	所在地	〒						
	事業場の労働者数	人						
	事業内容			業種				
	事業場代表者	職名:		氏名:				
	担当者	個人事業者等の場合は、労災保険特別加入の有無(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						
		職名:		氏名:				
電話:		FAX:						
		メールアドレス:						
サービス利用事業場と担当者の所属事業場が異なる場合は、その所在地をお書きください。 ()								
		衛生推進者あるいは安全衛生推進者の講習受講の有無、 もしくは、衛生管理者の資格の有無		(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
企業の情報※ (企業内に上記以外の 事業場がある場合)	企業名							
	申込事業場を含めた 企業全体の労働者数	人	企業内総括的産業医 選任の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
利用希望内容	(希望するものに○)						対象人数	
	1	健康診断の結果についての医師からの意見聴取					名	
	2	健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)					名	
	3	健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)					名	
	4	健康相談 (ストレスチェック相談・指導)					名	
	5	健康相談 (その他)					名	
	6	長時間労働者に対する医師による面接指導					名	
	7	高ストレス者に対する医師による面接指導					名	
	8	その他 ()					名	
事業場訪問	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない							
利用履歴	過去に当センターを利用したことがありますか?(<input type="checkbox"/> ある (年月ご) <input type="checkbox"/> ない)							
事業場の現状	定期健康診断	: <input type="checkbox"/> 実施済 <input type="checkbox"/> 未実施						
	ストレスチェック	: <input type="checkbox"/> 実施済 <input type="checkbox"/> 未実施						
	特殊健康診断	: <input type="checkbox"/> 該当あり (<input type="checkbox"/> 実施済 <input type="checkbox"/> 未実施)	<input type="checkbox"/> 該当なし					
	(種類 <input type="checkbox"/> 有機 <input type="checkbox"/> 特化物 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 電離放射線 <input type="checkbox"/> その他							
	深夜業の有無	: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
その他連絡事項等								
*下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。							チェック欄	
							はい	
							いいえ	
1 全項目に漏れなく記入しています。							<input type="checkbox"/>	
2 申し込み対象事業場は50人未満です。							<input type="checkbox"/>	
3 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"/>	
4 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"/>	
5 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「保健指導結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。」							<input type="checkbox"/>	
6 上記の記載事項に相違ありません。							<input type="checkbox"/>	
※ 個人事業主等については、労災保険に特別加入している者が支援対象となります。								
※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業全体の情報を記入してください。なお、本事業は、中小企業等の小規模事業場を優先的に支援を実施しております。支援開始まで時間を要する場合がございますことをご了承ください。								
※ 支援開始までに時間を要する場合がありますため、貴社のいずれかの事業場や営業所及び店舗等において、産業医が選任されている場合は、できるだけ自社内の産業医によるご対応をお薦めいたしております。 なお、総括産業医又は総括的立場にある産業医が企業内で選任されている場合は、利用をお断りしています。								
※ 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。								