様式他1

（30.4.1改正）

健康相談・面接指導　利用申込書

太枠内は記入必須

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	職名： 氏名：
	担当者	職名： 氏名： 電話：　　FAX：
	企業の情報 ※	企業名　（　　） 労働者数　（　　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 労働者の健康管理（ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽを含む）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		

※ 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。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。

＊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 全項目に漏れなく記入しています。	□	□
2 就業する事業場は50人未満です。	□	□
3 当社に総括産業医はいません。	□	□
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。	□	□
5 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。	□	□
6 上記に相違ありません。	□	□

室蘭地域産業保健センター
〒050-0083 室蘭市東町4丁目20番6号 室蘭・登別保健センター1階 室蘭市医師会内
TEL(0143)45－4393　FAX(0143)45－2292