

お申し込みはFAXをご利用ください **FAX 0584-88-1588**

## 健康相談・面接指導 利用申込書

**相談内容** ご希望の項目に○印を付してください

### 1 個別訪問による

- ①健康診断結果に基づく医師からの意見聴取 (希望人数 名)
- ②脳・心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導 (希望人数 名)
- ③メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導 (希望人数 名)
- ④長時間労働者に対する面接指導 (希望人数 名)

### 2 その他

<b>事業場名</b>					<b>従業員数</b>		<b>名</b>			
<b>代表者</b>	<b>職名</b>			<b>氏名</b>						
<b>所在地</b>	〒									
	<b>TEL</b>			<b>FAX</b>						
<b>業種</b>				<b>業務内容</b>						
<b>担当者</b>	<b>職名</b>			<b>氏名</b>						
	<b>E-mail</b>									
<b>訪問希望日</b> <small>実施日につきましては、産業医の都合等で変更させていただく場合があります</small>	<b>第1希望</b>	平成	年	月	日 ( )	<b>第2希望</b>	平成	年	月	日 ( )
		午前		午後			午前		午後	

お問い合わせ先

### 西濃地域産業保健センター

〒503-8856 大垣市新田町1-8 (大垣市医師会内)  
TEL 0584(88)1588 FAX 0584(88)1588