

お申し込みは FAX をご利用ください

# 地域産業保健センター 利用申込書



<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

岐阜地域産業保健センター Fax : 058-255-1555  
 西濃地域産業保健センター Fax : 0584-89-8718  
 飛騨地域産業保健センター Fax : 0577-35-3269  
 東濃地域産業保健センター Fax : 0572-56-1200  
 中濃地域産業保健センター Fax : 0575-24-8210  
 恵那地域産業保健センター Fax : 0573-68-8152  
 郡上地域産業保健センター Fax : 0575-65-5824

} 行

## 相談内容

ご希望の項目に  
○印を付してください

- |     |   |       |    |
|-----|---|-------|----|
| ①-1 | 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) |
| ①-2 | メンタルヘルス不調の労働者に対する保健・指導                        | (希望人数 | 名) |
| ①-3 | その他労働者に対する保健・指導                               | (希望人数 | 名) |
| ②   | 健康診断に基づく医師からの意見聴取                             | (希望人数 | 名) |
| ③   | 長時間労働者に対する面接指導                                | (希望人数 | 名) |
| ④   | ストレスチェックに係る高ストレス者に対する面接指導                     | (希望人数 | 名) |
| ⑤   | 個別訪問による産業保健指導の実施・職場巡視<br>(作業環境管理、作業管理等の助言・指導) | (希望する | )  |

事業場名			労働者数	男 名	計	女 名	
代表者	職名			氏名			
所在地	〒						
	TEL			FAX			
企業の情報 (注 2.3)	企業名 ( )、労働者数 ( ) 産業医数 ( ) うち、総括産業医 ( 有 ・ 無 )						
業種 該当するものに ○をつけて下さい	製造業	建設業	運送業	電機・ガス水道業	情報通信	卸・小売	金融・保険 不動産業
	飲食店・宿泊業	医療・福祉	教育・学習支援業	サービス業 (その他)	その他 ( )		
担当者	職名			氏名			
	E-mail						
訪問希望日 実施日は、産業医の都合等で変更させていただく場合があります	第1希望	年 月 日 ( )			第2希望	年 月 日 ( )	
		午前	午後			午前	午後

\*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。

(注 1) 利用の申込みは、年度毎に 2 回まで可能です。申込みの状況等により、利用をお断りする場合があります。

(注 2) 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。

(注 3) 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。

「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。

※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。   | <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 | 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 「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「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り扱いを採用する理由を説明している」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 上記に相違ありません。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

チェック欄

はい いいえ