

健康相談・面接指導 利用申込書

名古屋 北・東・南西 地域産業保健センター

申込日： 年 月 日

事業場	(フリガナ)			
	事業場名	※ 企業拠点の呼称もご記入ください(本社、支社、営業所等)		
	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:	
	属性 (該当の□に✓)	☐ 事業者 ☐ 個人事業者等(労災保険特別加入者本人) ☐ 個人事業者等への注文者等		
企業の情報 (注:企業内に他の事業場がなければ、この欄の記入は不要です)	※ご利用の事業場が「支店」「工場」「営業所」等の場合、本社情報をご記入ください。 本社名称() 労働者数(人) 産業医数(人) うち総括産業医 ☐ 有 . ☐ 無			
相談内容 (希望番号の□に✓) ※対象者に人数をご記入ください	☐ 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からの意見聴取		(対象者 名)	
	【対象者の健診実施時期】→ 年 月 ~ 年 月			
	【対象者の特殊健康診断等の実施】→ ☐ 有 . ☐ 無			
	↓ (内訳のご記入にご協力ください)			
	(内訳) 対象者の内、有機溶剤(名)・特定化学物質(名)・じん肺(名)・その他(名)			
☐ 6 長時間労働者に対する医師による面接指導		(対象者 名)		
☐ 7 高ストレス者に対する医師による面接指導		(対象者 名)		
☐ 8 その他 ()		(対象者 名)		
当センター利用の有無	☐ 新規(直近2年間利用無) ☐ それ以外(直近2年利用有)			
事業場訪問	☐ 希望する ☐ 希望しない			
その他連絡事項等	労働基準監督署の文書指導 ☐ 有 . ☐ 無 指導日: 年 月 日			

※ 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。

※ 「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。

※ 「個人事業者等」は、事業を行う者のうち労働者を使用しないもの及び中小企業の事業主又は役員のことを指し、本事業では、労災保険に特別加入している者が支援対象となります。個人事業者等自身に係る相談をご希望の場合は「2 個人事業者等」を、注文者等の立場で個人事業者等に係る相談をご希望の場合は「3 個人事業者等への注文者等」を選択してください。

※ 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・兼業労働者(労働基準法上で、2社以上の事業場で仕事をしている労働者)の相談は、専用の申込書を使用してください。

*下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

- 全項目に漏れなく記入しています。
- 事業場は50人未満です。
- 当社に総括産業医は居ません。
- 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。
- 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。
- 「健康相談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。」
- 労災保険に加入しています。
- 上記に相違ありません。

チェック欄
はい いいえ

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐