

## 嘱託産業医紹介依頼票

※紹介を依頼される場合は、他方面への求人など途中キャンセルの原因となる活動はご遠慮ください

申込日： 20 年 月 日

事業所名		
所在地	〒 ー	
代表者	職名：	ふりがな 氏名：
担当者	職名：	ふりがな 氏名：
	TEL ( ) ー	FAX ( ) ー
	メールアドレス：	
労働者数	男性 ( 名) 女性 ( 名)	合計 ( 名)
事業内容		
紹介期限の希望	20 年 月 日までに ※ご要望に添えない場合もございますので、ご了承ください。	
ご要望	事業所訪問 定期 ( ヶ月に 回) ・ 不定期	
	<input type="checkbox"/> 産業医医療機関での健康診断実施 <input type="checkbox"/> 健康診断結果の意見聴取や面接指導 <input type="checkbox"/> 専門的立場からの就労上の判断 <input type="checkbox"/> 職場巡視* <input type="checkbox"/> ストレスチェック対応・高ストレス者への面接* <input type="checkbox"/> 衛生委員会への出席* <input type="checkbox"/> その他 ( ) *50名以上の事業場では必要	
その他 (できるだけ詳しく ご記入ください)		
※今回の産業医委嘱依頼の経緯について該当するものに○をお願いします。 <input type="checkbox"/> 従業員が50名以上になった(なる見通し) <input type="checkbox"/> 既に50名以上だったが選任していなかった <input type="checkbox"/> 労働基準監督署の指導を受けた <input type="checkbox"/> 現在の産業医との交代(産業医の都合・自社の都合) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
月額報酬は原則として「嘱託産業医報酬の目安」に基づき設定いただきます。		

<お問い合わせ>

一般社団法人名古屋市医師会 健康増進課

TEL：052-937-7801/FAX：052-979-2351