

健康相談・面接指導利用申込書（様式地1）

(申込日)平成 年 月 日 (申込は下記 FAX 番号へお願いします)

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：
	申込事業場が企業の支店、営業所の場合は本社、親企業等の情報を記入	本社、親企業等の名称（ ） 事業場の属する本社、親企業等の全労働者数（ 人） 本社、親企業等の産業医数（産業医 名、内専属産業医 名）
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 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・要望事項等		

注 1: 本指導・相談等の費用は無料です。但し、上記相談内容のサービスを同一の労働者が同年度に 2 回以上利用する時はお断りさせていただくことがあります。

注 2: 本指導・相談等に係る事項は安全衛生法 104 条により、その秘密は保持されております。

注 3: 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上、氏名の後ろに「本人」と注記してください。

注 4: 下記事項をご一読頂き、いずれかに○印をして下さい。

- ① 就業する事業場は50人未満です。 はい いいえ
- ② 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。 はい いいえ
- ③ 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。 はい いいえ

<p>尾道地域産業保健センター</p> <p>〒722-0025 尾道市栗原東2丁目4-33 (尾道市医師会館内)</p> <p>代表(尾道市医師会会長) 宮野 良隆</p> <p>コーディネーター 村瀬 聖勝</p> <p>TEL:0848-23-2277 FAX:0848-23-2296</p>
--