健康相談・面接指導利用申込書（様式地１-1）R2.4.1改

（申込日）令和　　年　　月　　日　　（申込は下記FAX･E-mailでお願いします）

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： E-mail:
	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	本社の名称（　　） 所在地（　　） 事業場の属する本社等の全労働者数（　　人） 本社を含めた産業医数（産業医　名内**総括又は統括産業医**　有・無　）
相談内容 （希望するものに〇）		１　一般健康診断結果についての医師の意見聴取　（対象者　　名） ２　特殊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　高ストレス者に対する面接指導　（対象者　　名） ５　その他メンタルヘルス不調者等の健康管理に係わる相談 （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: 総括又は統括産業医とは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を指す。

注 2:　本用紙に記載された個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用しません。

注 3: 下記事項をご一読頂き、いずれかに〇印をして下さい。

① 就業する事業場は５０人未満です。　はい　いいえ

② 本社に総括産業医はいません。　はい　いいえ

③ 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

④ 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

⑤ 保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。　はい　いいえ

⑥ 上記に相違ありません。　はい　いいえ

尾道地域産業保健センター
〒722-0025 尾道市栗原東２丁目4-33（尾道市医師会館内）
代表 ： 宮野　良隆（尾道市医師会 会長）
コーディネーター ： 西原 千年
TEL:0848-23-2277　FAX:0848-23-2296
E-mail:onomichichisanpo@hiroshimas.johas.go.jp