

健康相談・面接指導利用申込書（様式地 1-1）R4.9.14 改

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

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	男： 人 女： 人 計 人
	事業内容	造船業 製造業 建設業 電気・ガス・水道 情報通信業 金融・保険業 不動産業 飲食・宿泊 医療・福祉 卸・小売業 教育・学習支援サービス その他 () (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○)	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 (対象者延べ 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)	
健康相談実施場所	1. 事業場訪問希望 2. 尾道地産保指定場所 3. オンライン (Zoom) 4. 郵送 (対面なし) コロナウイルス感染状況に応じて行っています。	
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、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○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：佐々木 伸孝 (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