様式地１－１　　（R7.4.1 改正）

健康相談・面接指導　利用申込書

尾道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	
	所在地	〒　　－
	労働者数	（男：　人）（女：　人）（計　　人）（企業全体の総人数　　人）
	事業内容	
	代表者	職名：　　氏名：
	担当者	職名：　　氏名： 電話：　　FAX： 当日連絡が取れる電話番号（携帯） E-mail：
	相談内容 希望番号に☑ 対象者人数を記入してください	□ 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） □ 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）
当センターの利用		□ 新規（直近2年間利用無）　□ それ以外
健康相談実施希望場所 （希望する場所に☑）		□ 事業場訪問希望（30名様以上）　□ 尾道市医師会館　□ 因島商工会議所 □ 尾道しまなみ商工会瀬戸田支所　□ 世羅町商工会　□ オンライン（Zoom） □ 非対面、郵送での相談（都合により上記実施場所に出向けない場合）
その他連絡事項等 （該当する□に☑）		労働基準監督署の指導　□ 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は、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・兼業に関する相談は様式地1-2（例）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。

		チェック欄 はい	チェック欄 いいえ
１	全項目に漏れなく記入しています。	□	□
２	事業場は５０人未満です。	□	□
３	当社に総括産業医は居ません。	□	□
４	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。	□	□
５	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。	□	□
６	「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「健康相談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。」	□	□
７	労災保険に加入しています。	□	□
８	上記に相違ありません。	□	□

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 （尾道市医師館内）
TEL: 0848-23-2277　FAX: 0848-23-2296　E-mail:onomichi@hiroshimas.johas.go.jp