

地域産業保健事業
 特定健康相談・面接指導等 利用申込書

利用申込日： 年 月 日

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： メールアドレス：
本社、親企業等の情報	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（ 名） 本社、親企業の産業医数（産業医 名、内専属産業医 名）	
相談内容 (希望するものに○)	1-1 健康診断結果に基づく医師の意見聴取 (対象者 名) 1-2 治療と職業生活の両立に関する相談・指導 (対象者 名) 2 脳心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導 (対象者 名) 3 メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導 (対象者 名) 4 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 5 その他（ ） (対象者 名)	
その他連絡事項等		

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入下さい。

注：労働者本人からの申し込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名をご記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。