

地域産業保健センター 利用申込書

事業場名 所在地 労働者数 事業内容 代表者 担当者 属 企業全体の情報※2	事業場名			
	所在地	〒		
	労働者数	人		
	事業内容			
	代表者	職名： 氏名：		
	担当者	職名： 氏名： 電話：FAX：		
	属	1 事業者 2 個人事業者等（労災保険特別加入者本人）※1		
	企業全体の情報※2	企業名（ 労働者数（人）		
相談内容 （希望するものに○）	1	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）
	2	長時間労働者に対する医師による面接指導	（対象者	名）
	3	高ストレス者に対する医師による面接指導	（対象者	名）
	4	健康相談（	）	（対象者 名）
	5	その他（	）	（対象者 名）
地域産業保健センターの利用	☐ 新規（直近2年間利用無） ☐ それ以外			
その他連絡事項等				

※1 「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。

※2 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、**企業全体**の情報をご記入ください。

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いたしません。

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 いいえ

- 1 事業場は50人未満です。
- 2 当社に統括産業医は居ません。
- 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。
- 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。
- 5 「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」
- 6 労災保険に加入しています。
