治療と仕事の両立支援申込書

令和　　年　　月　　日

事業場名					
業　　種		事業内容		労働者数	人
所在地	〒				
	TEL		FAX		
担当者	部署名		氏　名		
	E-mail				
	職　種	□ 産業医　□ 保健師・看護師　□ 事業主 □ 労務管理担当　□ 衛生管理者　□ 労働者（患者） □ その他　　）			
支援希望日	第1希望	令和　　年　　月　　日(　　) 午前　　午後		第2希望	令和　　年　　月　　日(　　) 午前　　午後

希望する支援内容　□にチェックを入れてください。

□ 個別訪問支援

✻事業場を訪問し、両立支援に関する制度の導入等についてアドバイスします。

- 管理監督者向け両立支援教育 （事業場の管理監督者や労働者等に対し、意識啓発を行うセミナー）
- 事業場内体制の整備
- 事業場内規程等の整備
- 事業場の勤務、休暇制度の整備
- 両立支援の進め方
- 両立支援に係る情報提供
- 両立支援プランの作成
- 職場復帰支援プランの作成

等

□ 相談

✻両立支援に関して労働者(患者)、事業者、人事労務担当者、産業保健スタッフ等からのご相談に応じます。

□ 個別調整支援**（労働者(患者)ご本人の同意が必要となります）**

✻個々の労働者（患者）の症状や業務内容に応じ事業場との間で仕事と治療の両立について支援します。

- 労働者（患者）との治療に対する配慮の検討
- 事業場内規程等の整備
- 事業場の勤務、休暇制度の整備
- 労働者(患者)との連絡調整
- 両立支援の進め方
- 両立支援プランの作成
- 職場復帰支援プランの作成
- 人事労務担当者等との調整
- 主治医等との連携
- 就業上の措置についての検討　　等

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構　新潟産業保健総合支援センター

ＦＡＸ：025－227－4412

※申込書受領後、当センターからご連絡いたします。

※この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。