様式地1

申込日：令和　年　月　日

三条地域産業保健センター利用申込書

電話：0256-46-0765
FAX:　0256-46-0765

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	（男：　　人）　（女：　　人）　（計：　　人）
	事業内容	（業種：　　）
	代表者	職名：　　氏名：
	担当者	職名：　　氏名： 電話：　　FAX:
	企業の情報※	1　事業者　　2　個人事業主　　3　個人事業主等への注文者 企業名：　　本社の有無（　有　・　無　） 労働者数（　　人） 産業医数（　　人）　うち統括産業医の有無（　有　・　無　）

利用希望内容（希望するものに○）	対象人数
1　健康相談（脳・心臓疾患リスク者保健指導）	名
2　健康相談（メンタルヘルス不調者相談・指導）	名
3　健康相談（ストレスチェック相談・指導）	名
4　健康相談（その他）	名
5　健康診断の結果についての医師の意見聴取	名
6　長時間労働者に対する面接指導	名
7　高ストレス者に対する面接指導	名
8　その他（　　）	名

事業場訪問	1　希望する　　2　希望しない
地域窓口の利用	□ 新規（直近２年間利用無）　　□ それ以外
その他連絡事項等	

＊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 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「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「保健指導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 上記に相違ありません。		

※申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。なお、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。
※労働者本人からの申込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名を記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。
※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。