

十日町地域産業保健センター利用申込書

電話：025-752-5980

FAX：025-750-1422

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： 注：ご本人からの申込みの場合は、氏名の後ろに「本人」と記載してください。 電話： FAX：
	属性	<input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 個人事業者等 (労災保険特別加入者本人) <input type="checkbox"/> 個人事業者等への注文者等
企業の情報 (注：企業内に他の事業場がなければ、この欄の記載は不要です。)	企業名 () 本社の有無 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 労働者数 () 人 産業医数 () 人 うち統括産業医 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
利用希望内容 (希望するものに○)	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)	
事業場訪問	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
地域産業保健センターの利用	<input type="checkbox"/> 新規 (直近2年間利用無) <input type="checkbox"/> 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
1 全項目に漏れなく記入しています。		はい いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 事業場は50人未満です。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 当社に総括産業医は居ません。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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。」		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 労災保険に加入しています。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 上記に相違ありません。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

※ 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。