

個別訪問支援 申込書

労働者の作業行動に起因する転倒や腰痛等、高年齢労働者の特性に応じた作業管理等について、理学療法士等の専門家を無料派遣し、身体機能や運動等アドバイス、労働者向けセミナーなどを行います。
事前打合せ希望日の少なくとも1か月前までお申し込みください。

令和 年 月 日

事業場名			労働者数	人
所在地	〒			
	TEL		FAX	
担当者	部署名			氏名
	職種	☐ 産業医 ☐ 産業看護職 ☐ 事業主 ☐ 人事・労務担当者 ☐ 衛生管理者 ☐ その他()		
	E-mail			
業 種		業務内容		
希 望 日	事前打合せ(事業場の健康課題や状況についてヒアリング)			
	希望日①	令和 年 月 日()	時間帯	: ~ :
	希望日②	令和 年 月 日()	時間帯	: ~ :
	実地支援 ※事前打合せから2週間以上の日程を空けてご記入ください。			
	希望日①	令和 年 月 日()	時間帯	: ~ :
	希望日②	令和 年 月 日()	時間帯	: ~ :
支援を希望する職場の健康課題(該当する項目に☑をいれてください)				
☐ 転倒災害が発生した ☐ 腰痛災害や腰などの痛みを訴える従業員の増加 ☐ 転倒災害を発生させない運動機能の改善や作業姿勢・作業環境 ☐ 中高年労働者を中心とした運動機能向上 ☐ 労働基準監督署から利用をすすめられた ☐ 身体活動・運動機会の増進や運動習慣の定着によって従業員の健康維持・増進を図りたい				
以上の他に希望される支援の具体的内容がありましたらご記入ください。				

申込書受付後、当センターからご担当者あてにご連絡させていただき、その後の流れについて説明します。



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

〒951-8055 新潟市中央区礎町通二ノ町 2077 番地 朝日生命新潟万代橋ビル 6 階
TEL 025-227-4411 FAX 025-227-4412

QR コード

