

健康相談・面接指導 利用申込書

記入日 年 月 日

事業場情報	事業場名				業 種			
	所在地	〒						
	労働者数	(男性: 人) + (女性: 人) = (合計 人) ※労働者50人未満の小規模事業場のみ申込可能です						
	代表者	職 名【	】	氏 名【	】	TEL【	】	
	担当者	職 名【	】	氏 名【	】	TEL【	】	
	担当者情報	 E-mai @				FAX【		】
		衛生推進者あるいは安全衛生推進者の講習受講 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			衛生管理者資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> ① 事業者 <input type="checkbox"/> ② 個人事業者等(労災保険特別加入者本人) <input type="checkbox"/> ③ 個人事業者等への注文者等						
	企業の情報	企業名				本社 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	企業内に他の事業場がなければ、この欄の記載は不要	所在地 〒						
	労働者総数【 人】・産業医数【 人】うち総括産業医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
相談内容 希望番号へ☑	<input type="checkbox"/> 1	健康相談(脳・心臓疾患リスク者保健指導)				(対象者 名)		
	<input type="checkbox"/> 2	健康相談(メンタルヘルス不調者相談・指導)				(対象者 名)		
	<input type="checkbox"/> 3	健康相談(ストレスチェック相談・指導)				(対象者 名)		
	<input type="checkbox"/> 4	健康相談(その他)				(対象者 名)		
	<input type="checkbox"/> 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)		
	<input type="checkbox"/> 6	長時間労働者に対する医師による面接指導				(対象者 名)		
	<input type="checkbox"/> 7	高ストレス者に対する医師による面接指導				(対象者 名)		
	<input type="checkbox"/> 8	その他()				(対象者 名)		
	事業場訪問(登録産業医)		<input type="checkbox"/> 希望する(個別面談による保健指導・健康講話)		<input type="checkbox"/> 希望しない			
事業場訪問(登録保健師)		<input type="checkbox"/> 希望する(個別面談による保健指導・健康講話)		<input type="checkbox"/> 希望しない				
事業場訪問(労働衛生工学専門員)		<input type="checkbox"/> 希望する(個別面談による保健指導・健康講話)		<input type="checkbox"/> 希望しない				
当事業の利用履歴		<input type="checkbox"/> 新規(直近2年間利用無) <input type="checkbox"/> それ以外(年 月 利用)						
事業場の現状	定期健康診断	<input type="checkbox"/> 実施済(月)		<input type="checkbox"/> 未実施(予定 月)				
	ストレスチェック	<input type="checkbox"/> 実施済(月)		<input type="checkbox"/> 未実施(予定 月)				
	深夜業の有無	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし				
特殊健康診断 <input type="checkbox"/> 該当有 <input type="checkbox"/> 該当無		【 <input type="checkbox"/> 有機 <input type="checkbox"/> 特化 <input type="checkbox"/> 石棉 <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 電離放射線 <input type="checkbox"/> その他() 】						
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 全項目にもれなく記入しています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② お申込み対象事業場は50人未満で労災保険に加入している。(個人事業者場合、労災保健特別加入している。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 当社に総括産業医は居ません。	<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 お申込み事業場、個人事業者(本人)は労災保険に加入している又は特別加入をしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 今回の利用は「労働基準監督署」の指導や紹介によるものです。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 上記に相違ありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業全体の情報を記入してください。なお本事業は、中小企業等の小規模事業場を優先的に支援を実施しております。総括産業医の居る企業の小規模事業場は支援対象外です。

※貴社の何れかの事業場(営業所及び店舗等含む)産業医が選任されている場合は、自社内の産業医によるご対応をお勧めしています。

※「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。

※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。

※副業・兼業に関する相談は別様式となります。