

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	職 名		氏 名		
	E-mail				
	*毎月、無料で最新の産業保健情報等を掲載したメールマガジンを配信しています。 上記アドレスに配信を希望されない場合は□に✓をお願いします。 □ 希望しない				
訪問希望日	第一希望	令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後	第二希望	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、希望する番号に○印を付けてください。				
<input type="checkbox"/> 相談 (具体的に:)					
<input type="checkbox"/> 個別訪問支援 *担当者が事業場を訪問し、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。 1 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) 2 事業場内体制の整備 3 事業場内規程等の整備 4 事業場の勤務、休暇制度の整備 5 両立支援の進め方 6 両立支援に係る情報提供 7 その他 (具体的に:)					
<input type="checkbox"/> 啓発セミナー *ガイドライン等の普及・啓発を目的とした事業者等を対象とするセミナーです。					
<input type="checkbox"/> 個別調整支援 (ご本人の同意が必要) *事業場と労働者(患者)間の、仕事と治療の両立についてアドバイスします。 1 労働者(患者)との治療に対する配慮の検討 2 両立支援の進め方 3 両立支援プランの作成 4 職場復帰支援プランの作成 5 主治医等への相談 6 就業上の措置についての検討 7 その他 (具体的に:)					

ご要望・ご質問があればお書きください。

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 福岡産業保健総合支援センター

F A X : 092 - 414 - 5239

※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、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。