

地域産業保健センター利用申込書(年 月 日)

| | | |
|--------------------|---|---|
| 事業場 | 事業場名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 労働者数 | (男: 人) (女: 人) (計: 人) |
| | 事業内容 | |
| | 代表者職氏名 | |
| | 担当者職氏名 連絡先 | 電話: _____ メールアドレス: _____ |
| | 企業の情報※ | 企業名: _____ 労働者数: 人 産業医数: 人(うち統括産業医: 人) |
| 相談内容 (希望するものに☑) | <input type="checkbox"/> 労働者の健康管理に係る相談 (対象者 名) <input type="checkbox"/> 脳・心疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導 (対象者 名) (労災二次健診給付の診断含む) <input type="checkbox"/> メンタルヘルス不調労働者に対する相談・指導 (対象者 名) <input type="checkbox"/> 健康診断の結果についての医師からの意見を求める (対象者 名) <input type="checkbox"/> 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) (時間外労働が80時間超え) <input type="checkbox"/> 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) (ストレスチェックの事後措置) <input type="checkbox"/> その他() (対象者 名) | |
| 職場巡視等による総合的助言指導 | 1 希望する(希望日: 年 月 日) 2 希望しない | |
| その他連絡事項等 | | |

※ 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。(平成31年度から適用)

※ 「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、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。

* 下記事項をご確認いただき、☑をしてください。

チェック欄

はい いいえ

・ 当社に総括産業医は居ません。

・ 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。

・ 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。

・ 労働者から保健指導結果取得の同意を得ている。

・ 労働者へ心身の状態の情報取り扱い方法、取扱を採用する理由を説明している

※ 沖縄産業保健総合支援センターのメールマガジンの配信希望しますか。

お申し込み先(FAX) ☑

那覇 地域産業保健センター(那覇市~浦添市、西原町) FAX **098-866-8804** ☎ 866-8804

中部 地域産業保健センター(宜野湾市~恩納村、宜野座村) FAX **098-921-2358** ☎ 921-2357

北部 地域産業保健センター(名護市以北) FAX **0980-52-4996** ☎ 54-5205

宮古 地域産業保健センター(宮古地区) FAX **0980-73-7325** ☎ 73-0222

八重山 地域産業保健センター(八重山地区) FAX **0980-88-5630** ☎ 88-5633