

ファックスでお申し込み下さい。

健康相談・面接指導 利用申込書

高知地域産業保健センター

TEL/FAX : 088-821-8653

平成 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	職名: 氏名:
	担当者	職名: 氏名: 電話: FAX:
	本社、親企業等の情報※	本社、親企業等の名称 () 事業場の属する本社、親企業等の全労働者数 (人) 本社、親企業等の産業医数 (産業医 名)
相談内容 (希望するものに○)	1 労働者の健康管理(メンタルヘルスを含む)に係る相談 (対象者 名)	
	2 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名)	
	3 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名)	
4 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名)		
5 その他 () (対象者 名)		
↓相談3.4の面接指導ご希望の場合は希望日等をご記入ください。		
※面接希望日: 第1希望 月 日 () 第2希望 月 日 ()		
※貴社の意見書様式の有無: あり なし		
その他連絡事項等		

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。
なお、本事業は企業規模で常時50人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。

※ 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ご記入のうえ、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。

※ 下記事項をご一読いただき、ご確認(チェック)ください。

チェック欄
はい

1 就業する事業場は50人未満です。

2 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。

3 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。