FAX番号　太田協会0276-46-1544　太田市医師会0276-48-9293

東毛太田地域産業保健センター利用申込書

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	（男：　　人）　（女：　　人）　（計：　　人）
	事業内容	
	担当者	職名： 氏名： 電話：　　FAX： メールアドレス：
	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、親企業等の労働者数　（　　人） 企業全体の労働者数　（　　人） 本社、親企業等の産業医数　（産業医　　名、　うち総括産業医　　有・無　）
相談内容（希望するものに〇）		1　健康相談（脳・心臓疾患リスク者保健指導）　（対象者　　名） 2　健康相談（メンタルヘルス不調者相談・指導）　（対象者　　名） 3　健康相談（ストレスチェック相談・指導）　（対象者　　名） 4　健康相談（その他）　（対象者　　名） 5　健康診断の結果の有所見者に係る医師からの意見聴取　（対象者　　名） 6　長時間労働者の健康不安等に関する医師による面接指導　（対象者　　名） 7　高ストレス者に関する医師による面接指導　（対象者　　名） 8　職場の作業環境管理や作業管理についての相談・指導　（対象者　　名） 9　その他（　　）　（対象者　　名）
希望月日		第一希望：令和　　年　　月　　日、　第二希望：令和　　年　　月　　日
事業場訪問		希望する（早急に、　　月ごろ）　　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。（令和元年度から適用）

※ 「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。

＊下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

	チェック欄 はい	チェック欄 いいえ
1　全項目に漏れなく記入しています。	□	□
2　事業場は50人未満です。	□	□
3　当社に総括産業医は居ません。	□	□
4　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。	□	□
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。	□	□
6「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「保健指導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。」	□	□