

仙台地域産業保健センター 健康相談・面接指導 利用申込書

- 健康相談の実施日程は、申込み後に調整いたします。
- 当該年度の申込回数は事業場、労働者（本人）ともに、2回までとなっております。
- 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。

申 込 日		令和 年 月 日 ()		
申込 (該当する方に○)		1 事業場から	2 労働者 (本人) から	
事業場	事業場名			
	所在地 <small>※仙台市と富谷市のみ対象</small>	〒		
	労働者数	(男: 人) (女: 人)	(計: 人)	
	事業内容			
	事業場の代表者 (本社の代表者ではなく、事業場所長などをご記入下さい)	職名:		
	担当者	氏名:		
		フリガナ		
※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。	氏名:	「 」		
	電話:	FAX:		
企業の情報*	企業名	()		
	労働者数	(人)		
	産業医数	(人)		
	うち 総括産業医	(有 ・ 無)		
<small>※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。</small>				
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)	
	※長時間労働に該当する月が連続する場合は、3～5ヶ月の間隔でお申込み下さい。			
	4 高ストレス者への面談指導	(対象者	名)	
5 その他 ()	(対象者	名)		
事業場訪問	1 希望する	2 希望しない		
その他連絡事項等				
*下記事項をご確認いただき、いずれかにチェックをしてください。				
1 全項目に漏れなく記入しています。	チェック欄	はい	いいえ	
2 事業場は50人未満です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 当社に総括産業医は居ません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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。	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
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「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"/>	<input type="checkbox"/>	
7 上記に相違ありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	