

申し込みはFAXをご利用ください。 F A X 088-656-0550

徳島・鳴門
三好・阿南

地域産業保健センター利用申込書

平成 年 月 日

▼ ご希望の項目に○を付してください。

- 1 健康診断の結果有所見であった労働者に対する医師からの意見聴取
- 2 健康相談（脳・心臓疾患リスク者保健指導）
- 3 健康相談（メンタルヘルス不調者に係る相談・指導）
- 4 健康相談（その他相談・保健指導）
- 5 長時間労働者に対する医師による面接指導
- 6 高ストレス者に対する医師による面接指導
- 7 治療と職業生活の両立に関する相談
- 8 職場の作業管理や作業環境管理についての実地相談

事業場名			
所在地	〒		
※担当者	職名 _____ 氏名 _____ ※担当地区のコーディネーターがご連絡いたします。必ず担当者名をご記入ください。		
業種		電話 F A X	
相談対象の 労働者数	名(内、面談予定 名)	労働者数	人
※本社、親企業 などの情報	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（ _____ 人） 本社、親企業の産業医数（産業医 _____ 名、内専属産業医 _____ 名） ※申し込み事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社などの場合、当該企業 又は親企業の情報をご記入下さい。		
希望月日	平成 年 月 日頃	事業場訪問	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

◆下記事項を必ずご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | はい | いいえ |
| 1 就業する事業場規模は50人未満です。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 健康相談・面接指導は治療目的でないことを理解しています。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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ています。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【問い合わせ先】徳島産業保健総合支援センター
〒770-0847 徳島市幸町3-61 徳島県医師会館3階
TEL 088-656-0330 受付時間 8:30~17:15
FAX 088-656-0550 (土・日・祝を除く)

