

副業・兼業労働者の健康相談・面接指導 利用申込書

事業場	事業場名			
	所在地	〒	〒	〒
	労働者数	名 (内派遣労働者数 名)	名 (内派遣労働者数 名)	名 (内派遣労働者数 名)
	事業内容			
	代表者	職名：	職名：	職名：
		氏名：	氏名：	氏名：
	担当者※①	職名：	職名：	職名：
		氏名：	氏名：	氏名：
		電話：	電話：	電話：
	企業の情報※②	企業名	企業名	企業名
労働者数 人		労働者数 人	労働者数 人	
産業医数 人		産業医数 人	産業医数 人	
うち総括産業医 (有・無)		うち総括産業医 (有・無)	うち総括産業医 (有・無)	
相談内容 (希望するものに○)	1 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導) ※③ 2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導) 3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導) 4 健康相談 (その他) 5 健康診断の結果についての医師からの意見聴取 6 長時間労働者に対する医師による面接指導 7 高ストレス者に対する医師による面接指導 8 その他 ()			
その他連絡事項等				
※① 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。				
※② 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下さい。 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 (注) がいる企業の小規模事業場は、支援対象外とします (平成31年度から適用しています)。(注)「総括産業医」とは、企業における名称の如何にかかわらず、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。				
※③ 脳・心臓疾患関係の主な検査項目である、血中脂質、血圧、血糖、尿中の糖、心電図検査等において異常な所見を有する (有所見者) と判定された労働者を対象として保健指導を行います。				
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、いずれかにチェックをして下さい。 (1・2・3・4・5の「いいえ」に☑があると、ご利用いただけない場合があります。)				
1 副業・兼業労働者です。 ☐ はい ☐ いいえ (前回利用西暦 月頃)				
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。 ☐ はい ☐ いいえ				
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。 ☐ はい ☐ いいえ				
4 当社に総括産業医はいません。 ☐ はい ☐ いいえ				
5 保健指導結果の取得について同意します。 ☐ はい ☐ いいえ				
6 今回の利用は、労働基準監督署からの紹介によるものです。 ☐ はい ☐ いいえ				
7 労災保険に加入しています。 ☐ はい ☐ いいえ				
8 今回がはじめての利用です。 ☐ はい ☐ いいえ (前回利用西暦 月頃)				