

# 利用申込書

月 日

徳島産業保健総合支援センター

対象：全事業場（労働保険適用事業場）

利用したいサービス（複数選択可）	
<input type="checkbox"/> 研修	複数の事業場が参加する研修会・スタッフ交流会・事業者集会・安全衛生大会等で、研修会・講演会を開催（共催）してほしい など
<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 窓口相談 <input type="checkbox"/> 訪問相談 <b>※診療行為・カウンセリングは行えません</b>
<input type="checkbox"/> 情報提供	ストレスチェック制度の資料、健診項目の説明資料がほしい など
<input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策	心の健康づくり計画の策定、職場の体制づくり、職場復帰支援対策のポイント、ストレスチェック制度と実施方法などについて指導・助言してほしい など
<input type="checkbox"/> 両立支援	治療と仕事の両立に関する相談、両立支援プラン等の作成時の助言、個別に事業場と患者（労働者）との調整を行ってほしい など
<input type="checkbox"/> 訪問支援	専門分野の相談員・メンタルヘルス対策促進員・両立支援促進員（作業場を巡回し、衛生管理や環境管理へのアドバイスがほしい など）
<input type="checkbox"/> 講師斡旋	社内研修の講師を紹介してほしい など
具体的な内容をご記入ください	

地域産業保健センター

対象：労働者数 50人未満の事業場

利用したいサービス（複数選択可）	
<input type="checkbox"/>	健康相談結果に基づく有所見に係る医師からの意見聴取
<input type="checkbox"/>	脳・心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導
<input type="checkbox"/>	メンタルヘルス不調の労働者に関する相談・助言
<input type="checkbox"/>	長時間労働による疲労や健康不安に関する医師による面接指導
<input type="checkbox"/>	治療と職業生活の両立に関する相談・助言
<input type="checkbox"/>	ストレスチェック制度に関する相談・助言及び結果に基づく面接指導
<input type="checkbox"/>	職場の作業環境管理・作業管理についての相談指導
<input type="checkbox"/>	職場巡視による労働衛生対策に関する助言
<input type="checkbox"/>	その他（具体的な内容をご記入ください）

事業場名			業種	
所在地	〒	労働者数	人（男 人・女 人）	
担当者	(所属又は職名)		(氏名)	
	<input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 安全衛生推進者 <input type="checkbox"/> 人事・労務担当者 <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 産業看護職 <input type="checkbox"/> 事業者（経営者） <input type="checkbox"/> 労働者 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
電話番号	( ) -	FAX番号	( ) -	
本社・親企業	名称( )		※申込書到着後、当センターから担当者様へご連絡をいたします	
	全労働者数( 人) 産業医(専属 人・嘱託 人)			
希望日	年 月 日頃		事業場訪問	<input type="checkbox"/> 希望する・ <input type="checkbox"/> 希望しない

○地域産業保健センターをご利用の場合は、下記をご一読の上、各事項にチェックをお願いします。

- |                             |                                  |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 被相談者が就業する事業場の常時使用労働者数は、   | <input type="checkbox"/> 50人未満です | <input type="checkbox"/> 50人以上です |
| 2 今回の健康相談・面談指導は、治療目的ではない事を、 | <input type="checkbox"/> 理解している  | <input type="checkbox"/> 知らなかった  |
| 3 本事業の実施に必要な個人情報の提供について、    | <input type="checkbox"/> 同意します   | <input type="checkbox"/> 同意できない  |