

## 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）

- 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
- 相 談  窓口相談  訪問相談 **※診療行為・カウンセリングは行えません**
- 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
- 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
- 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
- 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）
- 講 師 幹 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）

- 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
- 労働者の健康管理（メンタルヘルスを含む）に係る相談
- 長時間労働者に対する医師による面接指導
- 高ストレス者に対する医師による面接指導
- 職場の作業環境管理・作業管理についての相談指導
- 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	( ) -	F A X 番 号	( ) -	
企業の情報	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) 産業医数 ( 人) うち総括産業医※ ( 有・無 )			
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50人未満です。 はい いいえ
- 2 当社に総括産業医※はいません。 はい いいえ
- 3 今回の健康相談・面談指導は、治療目的ではない事を理解しています。 はい いいえ
- 4 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
- 5 上記に相違ありません。 はい いいえ

※「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場お産業保健活動について総括的に指導を行う産業医を指します。

地域産業保健事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象とします。

平成31年度から総括産業医がいる企業の小規模事業場は支援対象外といたします。

平成30年4月作成