

FAX番号 088-656-0550

徳島産業保健総合支援センター  
利用申込書

お申込日

年 月 日

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・両立支援促進員（事業場を巡回し、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

事業場名		労働者数	人
所在地	〒	業種	
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	( ) -
企業全体の情報	名称 ( ) 全労働者数 ( ) 人 産業医数 ( ) 人 うち総括産業医 <sup>注2</sup> (有・無)		◆申込書到着後、当センターからご担当者様へご連絡をいたします
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

注1:労働保険適用事業場のみご利用いただけます。

注2:「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を指します。

【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)



ホームページ  
QRコード→



FAX番号 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

お申込日

年 月 日

小規模事業場向けサービスです

事業場	事業場名			
	所在地	〒		
	労働者数	人	事業内容	
	代表者	職名：	氏名：	
	担当者	職名：	氏名：	
		電話：	FAX：	
	申込者属性	1.事業者      2.個人事業者等      3.個人事業者等への注文者		
企業の情報 <small>(企業内に他の事業場がなければ、この欄は記載不要です)</small>	企業名 ( ) 本社の有無 (有・無) 全労働者数 ( 人) 産業医数 ( 人) 左記のうち 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)	(対象者	名)
	2	健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)	(対象者	名)
	3	健康相談 (ストレスチェック相談・指導)	(対象者	名)
	4	健康相談 (その他)	(対象者	名)
	5	健康診断の結果について医師からの意見聴取	(対象者	名)
	6	長時間労働者に対する医師による面接指導	(対象者	名)
	7	高ストレス者に対する医師による面接指導	(対象者	名)
	8	その他 ( )	(対象者	名)
事業場訪問	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない		
当センターの利用	<input type="checkbox"/> 新規 (直近2年間利用なし)	<input type="checkbox"/> それ以外		
その他連絡事項				

※ 本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。総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外となります。

※ 「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。

※ 「個人事業者等」は、事業を行う者のうち労働者を使用しないもの及び中小企業の事業主又は役員のことを指し、本事業では労災保険に特別加入しているものが支援対象となります。個人事業者等自身に係る相談をご希望の場合は「2個人事業者等」を、注文者等の個人事業者等に係る相談をご希望の場合は、「3個人事業者等への注文者等」を選択してください。

・ 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。

・ 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。

・ 副業・兼業に関する相談のお申込みは別様式になりますので、まずはお電話にてお問合せください。

※下記事項をご確認いただき、全項目を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。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 事業場は50人未満です。   | <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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| 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「保健指導結果の取得について事業場から労働者に該当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り扱いを採用する理由を説明している。」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 労災保険に加入しています。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 上記に相違ありません。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

チェック欄

はい いいえ

【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)

