

FAX番号 088-656-0550

(徳島産業保健総合支援センター)

保健師による保健指導等利用申込書

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:	
	企業の情報 ^{注1}	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 ^{注2} (有・無)		
申込内容 (希望するものに○)	1 健康診断結果をもとにした保健指導 (対象者 名) 2 健康講話 (対象者 名) 3 その他 () (対象者 名)			
希望月日	(第一希望) 月 日		(第二希望) 月 日	
事業場訪問	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
その他連絡事項				

注1 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ください。
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。総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。(平成31年度から適用)

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のことを指します。

※ 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。

※下記事項をご確認いただき、全項目をチェックをしてください。

チェック欄

はい いいえ

- 1 全項目に漏れなく記入しています。
- 2 事業場は50人未満です。
- 3 当社に総括産業医は居ません。
- 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。
- 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。
- 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。」
- 7 上記に相違ありません。

【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)



202404作成