様式地1

健康相談・面接指導　利用申込書

申込年月日	平成　　年　　月　　日	希望項目	□・相談窓口　　□・個別指導訪問
事業場名称		従業員数	男　名・女　名～計　名 （うち:有所見者数　　名）
代表者氏名		業種	
事業場所在地		電話	（　　）　　－
相談者職氏名		ＦＡＸ	（　　）　　－
本社、親企業等の情報 ※	本社、親企業等の名称　（　　） 事業場の属する本社、親企業等の全労働者数　（　　人） 本社、親企業等の産業医数　（産業医　　名、内専属産業医　　名）		

相談事項（相談したい内容の番号・記号に○をつけて下さい）

1. 労働者の健康管理（メンタルヘルスを含む）に関する相談について　（対象者　　名）
2. 健康診断の結果についての医師の意見聴取　（対象者　　名）
3. 長時間労働者に対する面接指導　（対象者　　名）
4. 高ストレス者に対する面接指導　（対象者　　名）　5. その他（　　）（対象者　　名）

相談希望年月日	第一希望	平成　　年　　月　　日（　）午後2時00分～
	第二希望	平成　　年　　月　　日（　）午後2時00分～

申込先	岩見沢地域産業保健センター（岩見沢市医師会内）	電話 0126－20－2211　FAX 0126－20－2211
	美唄市医師会（美唄市保健センター内）	電話 0126－62－3451　FAX 0126－63－4885
	三笠市医師会（ふれあい健康センター内）	電話 01267－2－8245　FAX 01267－3－1329
	空知南部医師会（梶整形外科医院内）	電話 0123－72－0058　FAX 0123－72－5237
	夕張市医師会（中條医院内）	電話 0123－58－2350　FAX 0123－58－2235

※申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。なお、本事業は、企業規模で常時50人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。

※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ご記入のうえ、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。

＊下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。

	はい	いいえ
1　就業する事業場は50人未満です。	□	□
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。	□	□
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。	□	□