

# 東京中央地域産業保健センター 利用・登録申込書

F A X 0 3 - 3 6 6 9 - 5 5 7 6

貴センター利用に際し、登録事業所として申し込みます。

事業場名： \_\_\_\_\_

所在地： \_\_\_\_\_

〒： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_ F A X： \_\_\_\_\_

事業内容： \_\_\_\_\_

労働者数： \_\_\_\_\_ (男性： \_\_\_\_\_ 名 女性： \_\_\_\_\_ 名)

担当者：(所属) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_ (電話) \_\_\_\_\_

今回、登録申し込みの主たるご利用内容を以下にご記入ください。

1. 健康相談

- 1) 労働者の健康管理（メンタルヘルスを含む）についての相談
- 2) 健康診断の結果についての医師の意見聴取
- 3) 長時間労働者に対する面接指導
- 4) ストレスチェックに係る高ストレス者に対する面接指導（事前面談、本人面接）

2. 個別訪問指導

3. 産業医選任に関すること

4. その他 ( \_\_\_\_\_ )

特記事項（事業場の状況、申込の経緯、ご希望事項等があれば下記にご記入下さい）