

東京中央地域産業保健センター 利用・登録申込書

FAX 03-3666-0131

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： _____ FAX： _____

事業内容： _____

労働者数： _____ (男性： _____ 名 女性： _____ 名)

担当者： _____ 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

2. 個別訪問指導

3. 産業医選任に関すること

4. その他 (_____)