

健康相談・面接指導 利用申込書

東京中央地域産業保健センター

事業場	ふりがな	
	所在地	〒
	労働者数	（男： 人） （女： 人） （計： 人）
	事業内容	
	代表者	職名： 氏名：
	担当者	職名： 氏名： 電話： FAX：
	相談者	職名： 氏名：
	本社、親企業等の情報 ※	事業場の属する企業名（本社・親企業等）（ ） 事業場の属する企業の全労働者数（ 人） 全産業医数（ 人：うち専属産業医 人, うち統括産業医 人）
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の医師の意見聴取	（対象者 名）
	6 長時間労働者に対する面接指導	（対象者 名）
	7 高ストレス者に対する面接指導	（対象者 名）
	8 その他（ ）	（対象者 名）
事業場訪問	1 希望する 2 希望しない	
その他連絡事項等		

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、本社、親企業等当該企業の情報を記入して下さい。
 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）

※ 「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。

※ 相談対応（健康相談・面接指導）の当日に連絡なくキャンセルされた場合、「面接1回」とみなす場合があります。また、予定の相談開始時間に15分以上遅刻された場合は、原則キャンセルとみなします。

※ 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、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、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。 | <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 センターで定期健康診断の法定項目のみ判定を実施いたします。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 上記に相違ありません。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |