

小樽地域産業保健センター
健康相談・面接指導 利用申込書

FAX 0134-33-9544

事業場	事業場名						
	所在地	〒					
	労働者数	男性	人	女性	人	計	人
	事業内容						
	代表者	職名			氏名		
	担当者 (注)	職名			氏名		
		TEL			FAX		
		E-mail					
	※ 本社、親企業 等の情報	本社、親企業の名称 ()					
		事業場の属する本社、親企業等の全労働者数 (人)					
本社、親企業の産業医数 (産業医 名、 内専属産業医 名)							
相談内容 (希望するものに)	対象者						
	1-1 健康診断結果に基づく医師の意見聴取					(名)	
	1-2 治療と職業生活の両立に関する相談・指導					(名)	
	2 脳・心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導					(名)	
	3 メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導					(名)	
4 長時間労働者に対する面接指導					(名)		
事業場訪問	1 希望する		2 希望しない				
その他の 連絡事項							

申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、該当企業または親企業の情報をご記入ください。

注) 労働者ご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、氏名のあとに「本人」と注記してください。