申込書B

（　　）地域産業保健センター
健康相談・意見聴取・面接指導　申込書

令和　　年　　月　　日

◎お近くの地域産業保健センターへお送りください（FAX可）

事業場	事業場名			
	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） 注：ご本人からの申込みの場合は、氏名の後ろに（本人）と記載してください。	
	電話番号		FAX番号	
	属　性	1.事業者　2.個人事業者等（労災保険特別加入者本人）　3.個人事業者等への注文者等		
	企業の情報 注：企業内に他の事業場がなければ、この欄の記載は不要です。	企業名（　　）　本社の有無（　有　・　無　） 労働者数　（　　人） 産業医数　（　　人）　うち、総括産業医（　有　・　無　）		
相談内容 希望するものに○をお付けください		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からの意見聴取（対象者　名） 6. 長時間労働者に対する医師による面接指導（対象者　名） 7. 高ストレス者に対する医師による面接指導（対象者　名） 8. その他（　　）（対象者　名）		
事業場訪問（医師）		□ 希望する（個別面談による保健指導・健康講話）　□ 希望しない		
事業場訪問（保健師）		□ 希望する（個別面談による保健指導・健康講話）　□ 希望しない		
事業場訪問 （労働衛生工学専門員）		□ 希望する（作業環境管理、作業管理等の改善に関する助言）　□ 希望しない		
地域産業保健センターの利用		□ 新規（直近２年間利用無）　□ それ以外		
その他連絡事項等				

※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。
※「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。
※「個人事業者等」は、事業を行う者のうち労働者を使用しないもの及び中小企業の事業主又は役員のことを指し、本事業では、労災保険に特別加入している者が支援対象となります。
個人事業者等自身に係る相談をご希望の場合は「２　個人事業者等」を、注文者等の立場で個人除業者等に係る相談をご希望の場合は「３　個人事業者等への注文者等」を選択してください。
※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。
※副業・兼業に関する相談は様式地１－２を使用してください。

＊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。	□	□
２．事業場は５０人未満です。	□	□
３．当社に総括産業医は居ません。	□	□
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。	□	□
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。	□	□
６．「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「保健指導結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。」	□	□
７．労災保険に加入している。		
８．上記に相違ありません。	□	□

◇本用紙に記載された内容は、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。