

仙台地域産業保健センター 健康相談・面接指導 利用申込書

- 健康相談の実施日程は、申込み後に調整いたします。
- 当該年度の申込回数は事業場、労働者（本人）ともに、2回までとなっております。
- 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。

*下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。		チェック欄	
		はい	いいえ
1 就業する事業場は50人未満です。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 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"/>
3 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"/>

申 込 日 平成 年 月 日 ()

申込（該当する方に○） 1 事業場から 2 労働者（本人）から

事業場	事業場名		
	所在地 <small>※仙台市と富谷町のみ対象</small>	〒	
	事業場の労働者数	(男： 人) (女： 人)	(計： 人)
	事業内容		
	事業場の代表者 (本社の代表者ではなく、事業場所長などをご記入下さい)	職名：	
		氏名：	
	担当者	職名：	
		フリガナ	
	氏名：	「 」	
	電話：	FAX：	
本社、親企業等の情報※	本社、親企業等の名称 ()		
	事業場の属する本社、親企業等の全労働数 (人)		
	本社、親企業等の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名)		

※申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。
なお、本事業は企業規模で常時50人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。

相談内容 (希望するものに○)	1 労働者の健康管理（メンタルヘルスを含む）に係る相談 (対象者 名)
	2 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名)
	3 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名)
	4 高ストレス者への面談指導 (対象者 名)
	5 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

※申込みについては、記載漏れのないようお願いいたします。