様式地１

健康相談・面接指導　利用申込書

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	（男：　　人）（女：　　人）（計：　　人） 内数（派遣労働者　男：　　人　女：　　人　計：　　人）
	事業内容	1. 製造業　2. 建設業　3. 運送業　4. 電気・ガス・水道業　5. 情報通信業 6. 卸・小売業　7. 金融・保険業 8. 不動産業　9. 飲食・宿泊業 10. 医療・福祉 11. 教育・学習支援　12. サービス業　13. その他（　　）
	代表者	職名： 氏名：
	担当者	職名：　　氏名： 電話：　　FAX： メールアドレス：
	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・親企業等の全労働者数　（　　人） 本社・親企業等の産業医数（産業医　　名、うち総括産業医　有・無）
相談内容（希望するものに○）		1　労働者の健康管理に係る相談　（対象者　　名） 2　労働者の健康管理（ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽ）に係る相談　（対象者　　名） 3　健康診断の結果についての医師の意見聴取　（対象者　　名） 4　長時間労働者に対する面接指導　（対象者　　名） 5　高ストレス者に対する面接指導　（対象者　　名） 6　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。

※ 「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。

※ 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ご記入のうえ、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。

※ チェック欄に「いいえ」がありますと、相談をお受けできない場合があります。

＊下記事項をご一読いただき、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いません。	☐	☐
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　上記に相違ありません。	☐	☐