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）
	事業内容	
	代表者	職名： 氏名：
	担当者	職名： 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／うち専属産業医　　名）
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　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。

※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。

＊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。	□	□
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。	□	□
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。	□	□