様式１－１　　　　　　　　　　　　　　　　地域産業保健事業

　　　健康相談　面接指導　利用申込書（どちらかに○を付けて下さい）

申込先：平塚地域産業保健センター　　〒254-0082　平塚市東豊田４４８－３

電　話　０４６３―５２―０３５５

ＦＡＸ　０４６３－５２－０３５６

利用希望日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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： |
| 企業等の情報 | 企業名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　　　人）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○） | １.労働者の健康管理（ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽを含む）に係わる相談　　　　　 （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.高ストレス者に対する面接指導　　　　　　　　　　　　　　（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 |
| **面接指導に関する****連絡事項等**長時間労働者及び高ストレスチェックの医師による面接指導を希望する時、右欄に必要事項を漏れなく記入方。 | フリガナ氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　歳　　　性別　　男　　女□１カ月当たり１００時間を超える時間外・休日労働（労働安全衛生法６６条の８第１項、労働安全衛生規則５２条の２第１）□上記以外の長時間労働（労働安全衛生法６６条の９、労働安全衛生規則５２条の８第１）□高ストレスチェック（労働安全衛生法６６条の１０、労働安全衛生規則５２条の１５） |

＊　申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入して下さい。なお、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。（平成３１年度から適用）

＊ 「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事を指します。

＊ 労働者本人からの申込の場合は、担当者欄にご本人の氏名を記入の上、氏名の後ろに「本人」と注記してください。

チェック欄

はい　　いいえ

＊　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。

＊下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

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　当社には総括産業医は居りません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　□

４　健康相談面接指導は治療目的で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　上記の相違ありません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　□