様式地1-1　　　　 　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

Eﾒｰﾙ：hiratsuka-sanpo@festa.ocn.ne.jp

（R2.9.17改訂）

利用希望日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業場 | 事 業 場 名 | 　 |
| 所在地 | 〒２５　－　 |
| 労働者数 | 　　　人　　（男性：　　人　、　女性：　　人） |
| 事業内容 |  |
| 代表者 | 職名：　 | 氏名： |
| 担当者 | 職名：　 | 氏名： |
| 電話：　0463- - | ＦＡＸ：0463- - |
|  E-mail： |
| 健康診断実施時期 |  実施回数：年　　回（１回目:　　　月、２回目:　　　月） |
| 企業等の情報（本社・親会社等） | 企業名　　　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 |
| **その他連絡事項等**（長時間･高ｽﾄの面接指導は氏名・年令・性別等を記入方） | 氏名：　　　　　　　　　　 　（　　才、男･女）　面接区分に○印（長80H・長他・高ﾌﾟﾛ・高ｽﾄ）氏名：　　　　　　　　　　 　（　　才、男･女）　面接区分に○印（長80H・長他・高ﾌﾟﾛ・高ｽﾄ）氏名：　　　　　　　　　　 　（　　才、男･女）　面接区分に○印（長80H・長他・高ﾌﾟﾛ・高ｽﾄ） |

＊　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

産業医のことを指します。

＊ 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。

＊　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

はい　　 いいえ

＊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　「保健指導の結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「事業者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り扱いを採用する理由を説明している。」　　　　　 □　　　□

７　上記に相違ありません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　□