

該当する地域窓口へ☑のうえ、送付してください。

☐ **松江** 地域窓口 電話 0852-23-2972
管 轄 松江市・安来市・雲南市（旧大原郡）
仁多郡・隠岐郡

☐ **浜田** 地域窓口 電話 0855-22-0967
管 轄 浜田市・江津市・邑智郡
FAX 0855-23-6192

☐ **出雲** 地域窓口
管 轄 出雲市・大田市・雲南市（旧飯石郡）飯石郡
電話・FAX 0852-21-1225

☐ **益田** 地域窓口 電話 0856-31-0545
管 轄 益田市・鹿足郡
FAX 0856-31-0543

健康相談・面接指導申込書

申込者 (担当者)	氏名	フリガナ		メールアドレス	
	職種・職名	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師（看護師） <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 産業保健関係機関		<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 労務管理担当者 <input type="checkbox"/> 労働者 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
事業場 情報	事業所名			代表者	職名 氏名
	業種・業務内容			労働者数	名 男 名 女 名
	所在地	〒 -			
	電話番号	（ ） -		FAX番号	（ ） -
	※企業の情報	※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場の場合下記の情報もご記入ください。 企業名 労働者数 名 産業医数 名 （うち統括産業医 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）			
ご相談・ご質問内容等（連絡事項や希望する産業医名等ございましたらご記入ください。）					
※該当する申込内容へ☑をお願いします。					
申 込 内 容	<input type="checkbox"/> 健康診断結果有所見者に対する医師の意見聴取 （対象者 名）			事 業 所 訪 問	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	<input type="checkbox"/> 労働者の健康管理（メンタルヘルスケアを含む）に係る相談 （対象者 名）				
	<input type="checkbox"/> 長時間労働者に対する医師による面接指導 （対象者 名）				
	<input type="checkbox"/> 高ストレス者に対する医師により面接指導 （対象者 名）				
	<input type="checkbox"/> その他（ ） （対象者 名）				
下記事項をご確認いただきいずれかへ☑をお願いします。					
全事項に漏れなく記入しています。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
事業場は50人未満です。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
当社に統括産業医はいません。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
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"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。