

## 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 ※労働者本人が申し込む場合は氏名の後ろに(本人)と記載。	職名：	
氏名：			
電話： FAX：			
企業の情報 (欄外の説明を確認すること。)	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 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)	(対象者 名)	
	2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)	(対象者 名)	
	3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導)	(対象者 名)	
	4 健康相談 (その他)	(対象者 名)	
	5 健康診断の結果についての医師の意見聴取	(対象者 名)	
	6 長時間労働者に対する面接指導	(対象者 名)	
	7 高ストレス者に対する面接指導	(対象者 名)	
	8 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			

※ 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。

※ 副業・兼業に関する相談は 様式地1-2 を使用してください。

※ 【企業の情報】： 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、企業全体の情報を記入してください。

本事業は常時50人未満の労働者を使用する小規模事業場の事業者及び労働者を対象としますが、企業規模で常時50人未満の労働者を使用する中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。平成31年度からは、総括産業医(統括産業医等)が居る企業の小規模事業場は、支援対象外になりました。

※ 下記事項を確認の上「はい」又は「いいえ」にチェック  して下さい。すべて「はい」の場合、地産保利用可能。

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 1 事業場は50人未満です。                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 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。    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 当社に総括産業医(統括産業医等)は居ません。           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 本事業の実施に必要な個人情報等の提供について同意します。(注1) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

注1：健康相談・面接指導等に必要な健康診断結果票等の個人情報等を提供することについて、「本人の同意を得ている」または「事業場における健康情報等の取扱規定などで周知している」等により同意を得ている場合は「はい」、同意を得ていない場合は「いいえ」

副業・兼業労働者の健康相談・面接指導 利用申込書

事業場	事業場名			
	所在地	〒	〒	〒
	労働者数	名 (内派遣労働者数 名)	名 (内派遣労働者数 名)	名 (内派遣労働者数 名)
	事業内容			
	代表者	職名： 氏名：	職名： 氏名：	職名： 氏名：
	担当者 ※労働者本人が申し込む場合は氏名の後に(本人)と記載。	職名： 氏名： 電話：	職名： 氏名： 電話：	職名： 氏名： 電話：
	企業の情報 (欄外の説明を確認すること。)	企業名 労働者数 人 産業医数 人 うち 総括産業医 (有・無)	企業名 労働者数 人 産業医数 人 うち 総括産業医 (有・無)	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 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)	(		名)
	2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)	(		名)
	3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導)	(		名)
	4 健康相談 (その他)	(		名)
	5 健康診断の結果についての医師の意見聴取	(		名)
	6 長時間労働者に対する面接指導	(		名)
	7 高ストレス者に対する面接指導	(		名)
	8 その他 ( )	(		名)
その他連絡事項等				

※ 本用紙に記載された個人情報、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。

※【企業の情報】： 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、企業全体の情報を記入してください。

本事業は常時50人未満の労働者を使用する事業場の事業者及び労働者を対象とします。

企業規模で常時50人未満の労働者を使用する小規模事業場に対しての相談等を優先的に実施します。

平成31年度からは、総括産業医が居る企業の小規模事業場は、支援対象外になりました。

※ 下記事項を確認の上「はい」又は「いいえ」にチェック  して下さい。すべて「はい」の場合、地産保利用可能。

- |                                    |                             |                              |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1 事業場は50人未満です。                     | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 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。    | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 当社に総括産業医(統括産業医等)は居ません。           | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 本事業の実施に必要な個人情報等の提供について同意します。(注1) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

注1：健康相談・面接指導等に必要な健康診断結果票等の個人情報等を提供することについて、「本人の同意を得ている」または「事業場における健康情報等の取扱規定などで周知している」等により同意を得ている場合は「はい」、同意を得ていない場合は「いいえ」