

治療と仕事の両立支援 申込書(個別相談用)

個別のご相談はFAXまたは下記のURL及びQRコードからお申し込みください。

必須項目	年 月 日
氏名	匿名希望の方は☑→☐ お声かけ時のご希望の呼び名・仮称をご記入ください
連絡先	☎ (携帯可)

希望方法	電話 ・ 面談
希望日時	第1希望 月 日 : ~ 第2希望 月 日 : ~ 第3希望 月 日 : ~ ご希望に添えない場合もあります。 第3希望までご記入をお願いします。 ご相談は原則1回60分以内です。
希望場所	センター来所 ・ 医療機関出張相談窓口()



差し支えなければご記入ください

事業場名		労働者数	人
業種	事業内容		
所在地	〒		
	☎	FAX	

お申込先 独立行政法人 労働者健康安全機構 大分産業保健総合支援センター

FAX : 097-573-8074

こちらのURL、QRコードからもウェブでお申込できます

web: <https://forms.office.com/r/XDTPRruUZz>



* 申込書受領後、当センターよりご連絡いたします。
* 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。