**治療と仕事の両立支援「ガイドライン」申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業場名 |  |
| 業　種 |  | 労働者数 | 　　人（企業規模　　人） |
| 事業内容 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 担当者 | 部署名 |  | 氏　名 |  |
| E-mail |  |
| 職　種 | * 産業医　　　　□ 保健師・看護師　　□ 事業主
* 労務管理担当　□ 衛生管理者　　　　□ 労働者（患者）
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

希望内容：□にチェックを入れて下さい。

いずれも無料です。

|  |
| --- |
| □　ガイドライン（「事業所における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」＋「企業・医療機関連携マニュアル」）を送ってほしい。希望部数　　　　　部□　治療と仕事の両立支援やガイドラインについて説明してほしい。個別訪問支援両立支援に係る情報提供（※担当者が事業場を訪問して説明します。） |
|  | 訪問希望日時 | 第１希望　 年　　月　　日（　 ）　　時　　分 ～ |  |
| 第２希望　 年　　月　　日（　 ）　　時　　分 ～ |
| 申込状況によりご希望に添えないことがあります。その場合は別途日程調整させていただきます。 |
|  |
| ※　支援センター記入欄　： |

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 **山梨産業保健総合支援センター**

〒400-0047 甲府市徳行5-13-5 山梨県医師会館２F **TEL：055-220-7020**

**ＦＡＸ：０５５－２２０－７０２１**

※本書をＦＡＸにて送信してください。申込書受領後、当センターからご連絡いたします。

※この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。