山梨産業保健総合支援センター　ＦＡＸ　０５５－２２０－７０２１
（お申し込みはＦＡＸをご利用ください。）

(様式地１)　中北　峡東
峡南　郡内

地域産業保健センター利用申込書

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	職名: 氏名: 電話:　　FAX:
	本社、親企業等の情報	本社、親企業等の名称　（　　） 事業場の属する本社、親企業等の全労働者数　（　　人） 本社、親企業等の産業医数　（産業医　　名、内専属産業医　　名）
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（追加資料が必要です）　（対象者　　名） 4　高ストレス者に対する面接指導（追加資料が必要です）　（対象者　　名） 5　職場の産業環境管理、作業管理に係る相談　（対象者　　名） 6　メンタルヘルス対策のやり方に係る相談　（　　） 7　その他（　　）（対象者　　名）
事業場訪問		1　希望する　　2　希望しない
希望する日時		平成　　年　　月　　日 （日程表から選んでください。申込状況によりご希望に添えないことがあります。）
その他連絡事項等		

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。
なお、本事業は企業規模で常時50人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。

※ 労働者本人からの申込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名をご記入のうえ、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。

＊下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。	チェック欄	
	はい	いいえ
1　就業する事業場は50人未満です。		
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。		
3　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。		

◎以下、センター記入欄（様式地２）

番号	受付年月日	連絡年月日	実施年月日	担当医師・労働衛生工学専門員名	備考