

両立支援申込書

☆ 支援は予約制となっておりますので、支援日時等についてはセンターから連絡いたします。まずは、FAXにて申込書を送信してください。

☆ 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。

申込日：平成 年 月 日

事業場名 団体名			業種
所在地	〒	従業員数	
		名	
電話番号		FAX番号	
申込者			所属部署 役職
職種	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 産業看護職 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 人事労務担当者 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 労働者（患者） <input type="checkbox"/> 休職中の労働者（患者）		

<希望する支援の具体的相談内容>

* 下記はセンター記入欄です。（決定後に記載）

予約決定日時	担当促進員	対応方法
		電話 ・ 面談 ・ 訪問

FAX申込先

独立行政法人 労働者健康安全機構

兵庫産業保健総合支援センター FAX番号：078-230-0284

〒651-0087 神戸市中央区御幸通6-1-20 ジェイックアソシエツトビル8階 TEL：078-230-0283