FAX 地域産業保健センター宛先（一覧表参照）

健康診断実施後に行う医師の意見聴取・面接指導などの利用申込書

【お申込先】＿＿＿＿＿＿地域産業保健センター

＊お申込事業場を担当するセンター

事業場	（フリガナ） 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・親企業の情報	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（希望するものに〇）		1　労働者の健康管理(ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽを含む)に係る相談等（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） 健康診断実施日　　年　　月　　日 3　長時間労働者に対する面接指導　（対象者　　名） 4　高ストレス者に対する面接指導　（対象者　　名） 5　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		労働基準監督署の文書等の指導【有・無（　年　月　日）】

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、本社・親企業の情報もご記入ください。
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象といたします。

※ 総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。（平成31年度から適用）
「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総括的に指導を行う産業医のことを指します。

※ 労働者の健康管理に係る相談等とは、「脳・心臓疾患リスク者保健指導」「メンタルヘルス不調者相談・指導」「ストレスチェック相談・指導」「その他の健康相談」です。

※ 医師の意見聴取は、健康診断実施後概ね３ヵ月以内となっています。健康診断結果の古いデータは、お受けできない場合がございます。

※ 副業・兼業労働者（2つ以上の事業者に雇用されている人で、いずれも「常時使用する労働者」となっていない人）の相談は、専用の申込書を使用してください。

＊下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

	チェック欄 はい	チェック欄 いいえ
1　事業場は50人未満です。	□	□
2　当社に総括産業医は居ません。	□	□
3　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。	□	□
4　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。	□	□
5　保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている又は保健指導結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。	□	□

※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。