兵庫産業保健総合支援センター行

理学療法士による職場訪問支援　申込書

年　　月　　日

事業場名			労働者数	
				人
所 在 地	住所			
	TEL		FAX	
担 当 者	部署名		氏名	
	職種	□産業医　□産業看護職　□事業主　□人事労務担当者 □衛生管理者　□その他（　　）		
	E - Mail	@		
業 種			業務内容	

【希望する支援内容に☑】表面参照

□ 健康測定・チェック	□ 社内セミナー・実技指導・運動アドバイス
□ ①　□ ②　□ ③	□ ①　□ ②　□ ③　□ ④　□ ⑤

【事業場の課題やご希望に☑】

□転倒災害の増加　□腰痛災害又は腰や膝などの痛みを訴える労働者の増加

□身体不調を訴える労働者の増加　□メタボ従業員(生活習慣病・ハイリスク者)の増加

□中高年労働者の運動機能の向上　□着座時間が長い労働者の運動機能の向上

□転倒災害や腰痛災害を発生させない作業姿勢・作業管理・健康管理等の改善

□労働災害防止のための働きやすい職場環境の実現

□身体活動・運動機会の増進や運動習慣の定着によって労働者の健康維持・増進

【打ち合わせと支援実施の希望日程】希望の時期や曜日、時間帯などを記載ください

事前打ち合わせ（ヒアリング）実施日	（労働者への）支援実施日
希望日程：　　月頃	希望日程：　　月頃

＜その他連絡事項やご相談をご記入下さい＞

申込受付後、内容の確認及び日程調整のためご連絡いたします！

FAX番号:078-230-0284