様式地1　　地域産業保健事業

特定健康相談・面接指導・産業保健指導利用申込書

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（注１）	職名： 氏名： 電話：　　FAX：
	本社、親企業等の情報(注2)	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、親企業の産業医数（産業医　　名、内専属産業医　　名）
健康診断		実施日：　平成　　年　　月　　日　（受診者数　　名）
相談内容（希望するものに〇）		1ー1　脳心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導（対象者　　名）（注3） 1ー2　メンタルヘルス不調の労働者に対する保健指導　（対象者　　名） 1ー3　その他労働者に対する保健指導　（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　（対象者　　名） 4　高ストレス者に対する面接指導　（対象者　　名） 5　産業保健指導
その他連絡事項等		

注1：労働者本人からの申し込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名をご記入の上、氏名の後ろに「本人」と注記してください。
注2：申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、企業本社また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。
注3：脳・心臓疾患のリスクが高い検査項目は、血中脂質、血圧、血糖、尿中の糖、心電図検査において異常な所見を有する(有所見者）と判定された労働者が対象になります。
注4：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してください。

	チェック欄 はい	チェック欄 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。	□	□