

治療と職業生活の両立支援申込書

平成 年 月 日

事業場名					
業種	事業内容			労働者数	人
所在地	〒				
	TEL			FAX	
担当者	部署名			氏名	
	E-mail				
	職種	<input type="checkbox"/> 産業医	<input type="checkbox"/> 保健師・看護師	<input type="checkbox"/> 事業主	
	<input type="checkbox"/> 労務管理担当	<input type="checkbox"/> 衛生管理者	<input type="checkbox"/> 労働者（患者）		
	<input type="checkbox"/> その他				
希望する支援内容	<input type="checkbox"/> にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。				
<input type="checkbox"/> 個別訪問支援	*担当者が事業場を訪問し、両立支援に関する制度の導入等についてアドバイスします。				
	1 管理監督者向け両立支援教育（事業場の管理監督者や労働者等に対し、意識啓発を行うセミナー）	3 事業場内規程等の整備			
	2 事業場内体制の整備	5 両立支援の進め方			
	4 事業場の勤務、休暇制度の整備	6 両立支援に係る情報提供			
	7 その他（具体的に：				）
<input type="checkbox"/> 啓発セミナー	*ガイドライン等の普及・啓発を目的とした事業者等を対象とするセミナーです。				
<input type="checkbox"/> 個別調整支援（ご本人の同意が必要）	*事業場と労働者（患者）間の、仕事と治療の両立についてアドバイスします。				
	1 労働者（患者）との治療に対する配慮の検討	2 両立支援の進め方			
	3 両立支援プランの作成	4 職場復帰支援プランの作成			
	5 主治医等への相談	6 就業上の措置についての検討			
	7 その他（具体的に：				）

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 京都産業保健総合支援センター

FAX : 075 - 212 - 2700

※申込書受領後、当センターからご連絡いたします。

※この用紙に記載された個人情報、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。