

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	☐ 産業医 ☐ 保健師・看護師 ☐ 事業主 ☐ 労務管理担当 ☐ 衛生管理者 ☐ 労働者（患者） ☐ その他			

希望する支援内容 ☐にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。

- ☐ 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）
 - 2 事業場内体制の整備
 - 3 事業場内規程等の整備
 - 4 事業場の勤務、休暇制度の整備
 - 5 両立支援の進め方
 - 6 両立支援に係る情報提供
 - 7 その他（具体的に：)
- ☐ 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。
- ☐ 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。