

# 治療と仕事の両立支援申込書

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）					
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： _____）					
<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。