地域産業保健事業

特定健康相談・面接指導　利用申込書

<table>
<tr><td rowspan="7">事
業
場</td><td>事業場名</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td>〒</td></tr>
<tr><td>労働者数</td><td>男：　　人　　女：　　人　　計　　人</td></tr>
<tr><td>事業内容</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者</td><td>職名：
氏名：</td></tr>
<tr><td>担当者</td><td>職名：
氏名：
電話：　　ＦＡＸ：</td></tr>
<tr><td colspan="2">相談内容
(希望するものに〇)</td><td>1　健康診断結果に基づく医師の意見聴取　　（対象者　　名）
2　脳心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導
3　メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導
4　長時間労働者に対する面接指導</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業場訪問</td><td>1　希望する　　2　希望しない</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他連絡事項等</td><td></td></tr>
</table>

注：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うえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。