



052-950-5377



治療と仕事の両立支援 利用申込書 (R 年 月 日)

【お申込先】 独立行政法人 労働者健康安全機構 愛知産業保健総合支援センター

✉メール ryouritu-s@aichis.johas.go.jp ☎ TEL 052-950-5375

事業場・労働者・共通	(フリガナ) 事業場名			
	所在地	〒		
	労働保険適用 ※助成金支給要件	No.	事業主氏名	
	労働者数	男： 人	女： 人	合計： 人
	業務内容(業種)			
	相談者氏名 連絡先	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 人事労務 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ <input type="checkbox"/> その他 氏名： _____, メール： _____, 電話： _____, FAX _____		
※本事業を知ったきっかけ 該当項目 <input type="checkbox"/> にチェック✓を入れ、希望する番号に○印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 病院でチラシを見た <input type="checkbox"/> ホームページ閲覧 <input type="checkbox"/> イベント・セミナー時に知った <input type="checkbox"/> 紹介()				
【希望する支援内容】 1 両立取組み状況 <input type="checkbox"/> 該当者なし <input type="checkbox"/> 支援をしたことは無いが興味がある <input type="checkbox"/> 不明 2 ご相談 <input type="checkbox"/> 個別相談なし <input type="checkbox"/> 個別相談あり <input type="checkbox"/> 同意あり (事業者 ・労働者) 3 資料請求 <input type="checkbox"/> ①「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」 (部) <input type="checkbox"/> ②「企業・医療機関連携マニュアル」 (部) 4 訪問支援 <input type="checkbox"/> 助成金の活用・両立支援コーディネーター育成について <input type="checkbox"/> 社内ルールや体制づくりについて <input type="checkbox"/> 社内啓発セミナーの実施				
支援希望日	第一希望日：R 年 月 日 時	第二希望日：R 年 月 日 時		
その他 連絡事項				



※お申込内容を確認し、後日担当者からご連絡をさせていただきます。

本用紙に記載された個人情報、産業保健活動支援事業の目的以外には使用いたしません。