



F A X 052-950-5377



## 副業・兼業労働者

## 健康相談・面接指導 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

事業場	事業場名			
	所在地	〒	〒	〒
	労働者数	名 (内派遣労働者数 名)	名 (内派遣労働者数 名)	名 (内派遣労働者数 名)
	事業内容			
	代表者	職名： 氏名：	職名： 氏名：	職名： 氏名：
	担当者	職名： 氏名： 電話：	職名： 氏名： 電話：	職名： 氏名： 電話：
	本社・親企業の情報	企業名 労働者数 人 産業医数 人 うち 総括産業医 (有・無)	企業名 労働者数 人 産業医数 人 うち 総括産業医 (有・無)	企業名 労働者数 人 産業医数 人 うち 総括産業医 (有・無)
相談内容 (希望するものに○)	1 労働者の健康管理(メンタルヘルスを含む)に係る相談等 (対象者 名) 2 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 3 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 4 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 5 その他 ( ) (対象者 名)			
その他連絡事項等	労働基準監督署の文書指導【有・無 (R 年 月 日)】			

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。  
 なお、総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。(平成31年度から適用)

※ 「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総括的に指導を行う産業医のことを指します。

※ 副業・兼業労働者とは、2つ以上の事業者には雇用されている人で、いずれも「常時使用する労働者」となっていない人です。

※ 労働者本人からの申込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名を記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。

※ 労働者の健康管理に係る相談等とは、「脳・心臓疾患リスク者保健指導」「メンタルヘルス不調者相談・指導」「ストレスチェック相談・指導」「その他の健康相談」です。

## \*下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

 チェック欄  
はい いいえ

- 副業・兼業労働者です。
- いずれの雇用先にも総括産業医は居ません。
- 健康相談・面接指導は治療目的ではないことを理解しています。
- 本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意します。
- 保健指導結果の取得について労働者の同意を得ています。又は本人として同意します。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※本用紙に記載された個人情報は、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。