



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

ホームページ [https://www.aichis.johas.go.jp/balance\\_support/](https://www.aichis.johas.go.jp/balance_support/)

☒メール [ryouritu-s@aichis.jp.go.jp](mailto:ryouritu-s@aichis.jp.go.jp)

事業場・労働者	(フリガナ) 事業場名			
	所在地	〒 -		
	労働者数	男： 人	女： 人	合計： 人
	事業内容			
共通	相談者氏名 連絡先	部署： 氏名： _____ ,	職種： メール： _____ ,	電話： _____ , FAX： _____ ,

【希望する支援内容】 該当項目  にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けて下さい。

1 ご相談

2 資料請求

- 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」
- ②「企業・医療機関連携マニュアル」

3 事業場内の体制づくり支援 ( 訪問 ・ミニセミナー )

※お申込み内容を確認し、**後日担当者からご連絡をさせていただきます。**



支援希望日

第一希望日：R 年 月 日

第二希望日：R 年 月 日

その他  
連絡事項