



FAX 地域産業保健センター宛先

健康相談・面接指導 利用申込書 (R 年 月 日)

【お申込先】 地域産業保健センター

*お申込事業場を担当するセンター

※ 本事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。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。

※ 「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。

※ 「個人事業者等」は、事業を行う者のうち労働者を使用しないもの及び中小企業の事業主又は役員のことを指し、本事業では、労災保険に特別加入している者が支援対象となります。
個人事業者等自身に係る相談をご希望の場合は「2 個人事業者等」を、注文者等の立場で個人事業者等に係る相談をご希望の場合は「3 個人事業者等への注文者等」を選択してください。

※ 副業・兼業労働者（労働基準法上で、2社以上の事業場で仕事をしている労働者）の相談は、専用の申込書を使用してください。

*下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

- 1 全項目に漏れなく記入しています。
 - 2 事業場は50人未満です。
 - 3 当社に総括産業医は居ません。
 - 4 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。
 - 5 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。
 - 6 「健康相談結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「健康相談結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。」
 - 7 労災保険に加入しています。
 - 8 上記に相違ありません。

チェック欄

はい いいえ

A diagram consisting of two vertical columns of four empty square boxes each. The top column has boxes at (1,1), (1,2), (1,3), and (1,4). The bottom column has boxes at (2,1), (2,2), (2,3), and (2,4).

※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。