

副業・兼業労働者の健康相談・面接指導 利用申込書

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	1事業者 2個人事業主 3注文者	1事業者 2個人事業主 3注文者	1事業者 2個人事業主 3注文者
		職名： 氏名：	職名： 氏名：	職名： 氏名：
	担当者 (注1)	職名： 氏名： 電話：	職名： 氏名： 電話：	職名： 氏名： 電話：
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 健康相談(脳・心臓疾患リスク者保健指導)		(対象者 名)
	2 健康相談(メンタルヘルス不調者相談・指導)		(対象者 名)	
	3 健康相談(ストレスチェック相談・指導)		(対象者 名)	
	4 健康相談(その他)		(対象者 名)	
	5 健康診断の結果についての医師の意見聴取		(対象者 名)	
	6 長時間労働者に対する面接指導		(対象者 名)	
	7 高ストレス者に対する面接指導		(対象者 名)	
	8 その他()		(対象者 名)	
その他連絡事項等				

注1 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。

注2 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。

なお、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。(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。

※ 本用紙に記載された個人情報、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。

※ 下記事項をご確認いただき「はい」又は「いいえ」にチェック <input type="checkbox"/> して下さい。	チェック欄
1 全項目に漏れなく記入しています。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 事業場は50人未満です。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 当社に総括産業医は居ません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 本事業の実施に必要な個人情報等の提供について同意します。(注3)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 (個人事業者、注文者等のみ確認) 労災保険に加入している又は特別加入をしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 上記に相違ありません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

注3 健康相談・面接指導等に必要健康診断結果票等の個人情報等を提供することについて「本人の同意を得ている」または「事業場における健康情報等の取扱規定などで周知している」等により同意を得ている場合は「はい」、同意を得ていない場合は「いいえ」