

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 事業場                               | 事業場名                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |
|                                   | 所在地                                                                                                                                                                                                                                         | 〒                                                                          |
|                                   | 労働者数                                                                                                                                                                                                                                        | (男：人) (女：人) (計：人)                                                          |
|                                   | 事業内容                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |
|                                   | 代表者                                                                                                                                                                                                                                         | 職名：<br>氏名：                                                                 |
|                                   | 担当者                                                                                                                                                                                                                                         | 職名：<br>氏名：<br>注：ご本人からの申込みの場合は、氏名の後ろに「本人」と記載してください。<br>電話： FAX：             |
|                                   | 属性                                                                                                                                                                                                                                          | 1 事業者                  2 個人事業者等（労災保険特別加入者本人）<br>3 個人事業者等への注文者等             |
|                                   | 企業の情報<br><small>(注:企業内に他の事業場がなければ、この欄の記載は不要です。)</small>                                                                                                                                                                                     | 企業名 ( )      本社の有無 ( 有 ・ 無 )<br>労働者数 (人)<br>産業医数 (人)<br>うち 総括産業医 ( 有 ・ 無 ) |
| 相談内容<br><small>(希望するものに○)</small> | 1 健康相談（脳・心臓疾患リスク者保健指導） (対象者名)<br>2 健康相談（メンタルヘルス不調者相談・指導） (対象者名)<br>3 健康相談（ストレスチェック相談・指導） (対象者名)<br>4 健康相談（その他） (対象者名)<br>5 健康診断の結果についての医師からの意見聴取 (対象者名)<br>6 長時間労働者に対する医師による面接指導 (対象者名)<br>7 高ストレス者に対する医師による面接指導 (対象者名)<br>8 その他 ( ) (対象者名) |                                                                            |
| 事業場訪問                             | 1 希望する                  2 希望しない                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |
| 地域産業保健センターの利用                     | <input type="checkbox"/> 新規（直近2年間利用無） <input type="checkbox"/> それ以外                                                                                                                                                                         |                                                                            |
| その他連絡事項等                          |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |

＊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

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

  

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |