【機密性２】　　健康相談・面接指導利用申込書（様式地１-1）R7. 4.1改

（申込日）令和　　年　　月　　日　　（申込は下記FAX･E-mailにてお願いします）

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：　　氏　名：
	担当者	職　名：　　氏　名： 電　話：　　ＦＡＸ： 注：ご本人からの申込の場合は、氏名の後ろに「本人」と記載してください。 当日連絡が取れる電話（携帯等）： E-mail:
	所属	１．事業者　　２．個人事業者等（労災保険特別加入者本人） ３．個人事業者等への注文者等
	企業の情報※ （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。）	企業名（　　）本社の有無（　有　・　無　） 労働者数（　　人） 産業医数（　　人）うち 総括産業医（　有　・　無　）
相談内容 （希望する番号に〇） 今回の対象者の人数（有所見者）を記入してください。		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.健康診断結果についての医師からの意見聴取　（対象者　　名） ６.長時間労働者に対する医師による面接指導　（対象者　　名） ７.高ストレス者に対する医師による面接指導　（対象者　　名） ８.（その他）　（対象者　　名）
健康相談実施希望場所 （希望する番号に〇）		1.事業場訪問希望(30名様以上)　2.尾道市医師会館　3.因島商工会議所 4.尾道しまなみ商工会 瀬戸田支所　5.世羅町商工会　6.オンライン(Zoom)
地域窓口の利用		□新規（直近２年間利用無）　□それ以外
その他連絡事項等		

※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。

※「統括産業医」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になります。個人事業者等自身に係る相談をご希望の場合は「２ 個人事業主等」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等」を選択してください。

※ 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。

＊ 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
① 全項目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「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「保健指導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。	□	□

尾道地域産業保健センター　　ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ　西原 千年
〒722-0025 尾道市栗原東２丁目4-33（尾道市医師会館内）
TEL:0848-23-2277　　FAX:0848-23-2296
E-mail onomichichisanpo@hiroshimas.johas.go.jp