申　込　書

青森市医師会内　東青地域産業保健センター担当：木村　行

各種健康診断後の有所見者に対する産業医の意見聴取について

令和　　年　　月　　日

①以下内容のご記入後、FAX又はメールでお申し込みください。
FAX：017-777-1503　メール：w.kimura@aoshi.aomori.med.or.jp

②申込書確認後、数日内に当センター担当（木村）から
連絡(担当産業医の紹介と以後の流れ）します。

担当からの連絡方法について
電話　□　　FAX　□　　メール　□　　を希望　（レ点にてチェック）

事業場	事業場名		
	所在地	〒	
	労働者数	（男：　　人）　（女：　　人）　（計：　　人）	
	相談内容（有所見者に対する産業医の意見聴取）		対象者数　　名
	業種		
	代表者	職名 氏名	
	担当者	職名 氏名 電話 メール（任意）	FAX
備考			

＊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 全項目に漏れなく記入しています。	□	□
2 事業場の労働者数(役員、個人事業主等は除く)は５０人未満です。	□	□
3 当社に総括産業医は居ません。	□	□
4 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。	□	□
5 他の地域産業保健センターを含め健康相談、面接指導それぞれ3回以上申込みしていません。	□	□
6 本事業の対象者は、検診を受けた全員が対象ではなく、 経過観察、要精査等、何かしらの所見があった方のみということを理解してます。	□	□
7上記に相違ありません。	□	□