

健康相談・面接指導 利用申込書

東青地域産業保健センター（青森市医師会内） 行



令和 年 月 日

①この用紙を記入後、FAX又はメールでお申込みください。

FAX：017-777-1503 メール：aoshi01@aoshi.aomori.med.or.jp

②申込書を確認後、担当者様へ当センターからご連絡を差し上げます。

事業場	事業場名			
	所在地	〒		
	労働者数 (50人以上は対象となりません)	(男： 人)	(女： 人)	(計： 人)
	相談内容(希望する項目に○) (複数可) ↓		対象者数 名	
	(健康相談 ・ 医師の意見聴取 ・ 長時間又は高ストレス者の面接指導)			
	業種			
	代表者	職名 氏名		
	担当者	職名 氏名 電話 メール (任意)	FAX	
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		☐ 新規(直近2年間利用無し) ☐ 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。

- 全項目に漏れなく記入しています。
- 事業場は50人未満です。
- 当社に総括産業医はいません。
- 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。
- 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。
- 「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。」
- 労災保険に加入しています。
- 上記に相違ありません。

チェック欄

はい いいえ

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐