

産業保健相談 利用申込書

令和 年 月 日

フリガナ			業種	
事業場名			事業内容	
			労働者数(企業全体)	人
			労働者数(事業場)	人
住 所	〒 -			
電話番号	()	F A X 番号	()	
E メール			職種	
フリガナ			□にチェックしてください	
氏 名			□ 産業医 □ 保健師・看護師	
			□ 事業主 □ 労務管理担当者	
所属部課			□ 衛生管理者 □ 産業保健関係機関	
職 名			□ 労働者 □ その他	
()				
ご相談の内容（具体的にご記入ください）				
ご希望の回答方法 □にチェックして連絡先をご記入ください。				
□ 面談 希望日時 年 月 日 () 時 分				
□ 電話 _____				
□ F A X _____				
□ Email _____				
☎日時等連絡先（日中連絡のとれる電話番号を記入ください） ()				

面談（来所相談）は予約制となっております。

※ご希望の日時や回答方法に添えない場合がございます。予めご了承ください。

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しません。

独立行政法人労働者健康安全機構 香川産業保健総合支援センター

〒760-0050 香川県高松市亀井町2番1号 朝日生命高松ビル3階

電話：087-813-1316 FAX：087-813-1317