【機密性2】

様式地１-1　　副業・兼業に関する相談は、様式地1-1-2　を使用して下さい。　　(2024.4改)

香川産業保健総合支援センター　宛　FAX：087-813-1317
地域産業保健センター「健康相談・面接指導」利用申込書

事業場	事業場名（支店名等も記入）	
	所在地	〒　　－
	労働者数	（男：　　人）　（女：　　人）　（計：　　人）
	業種（いずれかに○）	1.製造　2.建設　3.運送　4.電気・ガス・水道　5.情報通信　6.卸・小売　7.金融・保険　8.不動産　9.飲食店・宿泊　10.医療・福祉　11.教育・学習支援　12.サービス（その他）13.その他
	事業内容	例）菓子の製造・販売/荷物配送/ビル防水工事 のように記入して下さい。
	代表者	職名：　　氏名：
	担当者※① 担当者様あてにコーディネーターよりご連絡致します	職名：　　氏名： 電話：　　FAX ： メールアドレス：　　@
	企業の情報※②	1　事業者　　2　個人事業主　　3　個人事業主等への注文者 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（希望するものに○）		1　健康相談（脳・心臓疾患リスク者保健指導）※③　（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　健康診断の結果についての医師の意見聴取　（対象者　　名） 6　長時間労働者に対する面接指導（追加資料が必要です。）　（対象者　　名） 7　高ストレス者に対する面接指導（追加資料が必要です。）　（対象者　　名） 8　その他（　　）　（対象者　　名）
健康診断		実施月：西暦　　年　　月　～　　月　（受診者数　　名）
事業場訪問		1　希望する（職場環境チェック※④を合わせて行います）　2　希望しない
地産保センターの利用		□　新規（直近2年間利用なし）　□　それ以外
その他連絡事項等		

※① 労働者本人からの申込の場合は、担当者欄にご本人氏名を記入し、氏名の後ろに「本人」と注記して下さい。

※② 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入して下さい。
尚、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（注）がいる企業の小規模事業場は支援対象外とします（平成31年度から適用します）。（注）「総括産業医」とは、企業における名称の如何にかかわらず、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。

※③ 脳・心臓疾患関係の主な検査項目である、血中脂質、血圧、血糖、尿中の糖、心電図検査等において異常な所見を有する（有所見者）と判定された労働者を対象として保健指導を行います。

※④ 医師等が事業場を訪問し職場環境のチェック後に、事業場の状況をふまえ産業保健に関するアドバイス等を無料で行います。

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しません。

＊下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをして下さい。
（1･2･3･4･5の「いいえ」に☑があると、ご利用いただけない場合があります。）

		チェック欄 はい	チェック欄 いいえ
1	就業する事業場は50人未満です。	□	□
2	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。	□	□
3	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。	□	□
4	当社に総括産業医はいません。	□	□
5	保健指導結果取得につき労働者の同意を得ています。又は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扱う方法及び当該取扱を採用する理由を説明しています。	□	□
6	今回の利用は、労働基準監督署からの紹介によるものです。	□	□