

「治療と仕事の両立支援」利用申込書

ふりがな 事業場名						
所在地	〒					
TEL			FAX			
メールアドレス						
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（ ）			労働者数	人	
担 当 者	部署名			ふりがな 氏 名		
	職 種	☐ 産業医 ☐ 保健師・看護師 ☐ 事業主 ☐ 労務管理担当 ☐ 衛生管理者 ☐ 労働者（患者） ☐ その他（患者の家族等 ）				
希望日 (希望がある場合は お書きください。)	第一希望日	月 日（午前 ・ 午後）				
	第二希望日	月 日（午前 ・ 午後）				
《希望する支援内容》 □にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。						
☐ 相談 ☐ 個別訪問支援 ＊担当者が事業場を訪問し、両立支援に関する制度の導入等についてアドバイスします。 1. 管理監督者、労働者向け両立支援教育 3. 事業場内規程等の整備 2. 事業場内の体制整備 5. 両立支援の進め方 4. 事業場の勤務、休暇制度の整備 6. 両立支援に係る情報提供 7. その他（具体的に ） ☐ 個別調整支援 ※労働者ご本人及び事業者双方の同意が必要となります。 ＊事業者と労働者(患者)間の治療と仕事の両立についてアドバイスします。 1. 労働者(患者)との治療に対する配慮の検討 2. 両立支援の進め方 3. 両立支援プランの作成 4. 職場復帰支援プランの作成 5. 主治医等への相談 6. 就業上の措置についての検討 7. その他（具体的に ） ☐ 啓発セミナー ＊ガイドライン等の普及・啓発を目的とした事業者等を対象とするセミナーです。						

【申込先】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

F A X : 087-813-1317

※申込書受領後、当センターからご連絡いたします。

※この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いたしません。

※医療機関での診断書等の発行には費用がかかります。