

様式地1-2		(2024. 9)																										
香川産業保健総合支援センター 宛 FAX：087-813-1317 「保健師の訪問健康相談等」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	職名：	氏名：																									
	保健師からご訪問日時等について、ご連絡をさせていただきます。	電話：	FAX：																									
		メールアドレス：	@																									
企業の情報※②	1 事業者 2 個人事業者 3 個人事業主等への注文者等																											
	企 業 名 ()																											
	労働者数 () 人 本社の有無 (有 ・ 無) 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 健康診断事後指導	2 健康診断結果の見方	3 健康管理の体制づくり																									
	4 生活習慣病予防	5 腰痛対策	6 うつ病予防																									
	7 受動喫煙予防対策	8 その他 ()																										
健康診断	実施月：西暦 年 月 ～ 月 (受診者数 名)																											
その他連絡事項等	健康講話 <input type="checkbox"/> 希望します ⇒テーマ： <input type="checkbox"/> 希望しません																											
<p>※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。</p> <p>※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。 なお、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。（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。</p> <p>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。</p> <p>* 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)</p> <table><thead><tr><th></th><th>チェック欄</th><th>はい</th><th>いいえ</th></tr></thead><tbody><tr><td>1 就業する事業場は50人未満です。</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>2 健康相談は治療目的ではないことを理解しています。</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>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。</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>4 当社に総括産業医はいません。</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>5 保健指導結果取得につき労働者の同意を得ています。また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いを採用する理由を説明しています。</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>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。</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>7 (個人事業者、注文者等のみ)労災保険に加入又は特別加入しています。</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>					チェック欄	はい	いいえ	1 就業する事業場は50人未満です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 健康相談は治療目的ではないことを理解しています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 当社に総括産業医はいません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 保健指導結果取得につき労働者の同意を得ています。また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いを採用する理由を説明しています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 (個人事業者、注文者等のみ)労災保険に加入又は特別加入しています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	チェック欄	はい	いいえ																									
1 就業する事業場は50人未満です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
2 健康相談は治療目的ではないことを理解しています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
4 当社に総括産業医はいません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
5 保健指導結果取得につき労働者の同意を得ています。また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いを採用する理由を説明しています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
7 (個人事業者、注文者等のみ)労災保険に加入又は特別加入しています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										