（B面）

ＦＡＸ送信票

（ＦＡＸ番号は、ホームページ右側メニュー「地域産業保健センター」によりご確認ください。）

地域窓口(地域産業保健センター)あて　健康相談・面接指導　利用申込書

事業場	事業場名	
	所在地	〒　　－
	労働者数	（男：　　人）　（女：　　人）　（計：　　人）
	事業内容	
	代表者	職名：　　氏名：
	担当者	部署：　　職名： 氏名：　　E-Mail：　　@ 電話：（　　）　　－　　　ＦＡＸ：（　　）　　－
	本社、親企業等の情報※	本社、親企業等の名称（　　） 事業場の属する本社、親企業等の全労働者数　（　　人） 本社、親企業等の産業医数（産業医　　名、内専属産業医　　名）
相談内容（希望する番号に○印を付けてください。）		1　労働者の健康管理（ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽを含む）に係る相談　（対象者　　名） 2　健康診断の結果についての医師の意見聴取　（対象者　　名） 3　長時間労働者に対する面接指導　（対象者　　名） 4　高ストレス者に対する面接指導　（対象者　　名） 5　その他（　　）　（対象者　　名）
事業場訪問（希望する番号に○印を付けてください。）		1　希望する　　2　希望しない
その他連絡事項等		

※　申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。
なお、本事業は企業規模で常時 50 人未満の小規模事業場を優先的に対応いたします。

※　労働者本人からの申込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名をご記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。

※　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いたしません。

＊下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。	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。	□	□