

# 令和6年度 中能登地域産業保健センター利用申込書

【R6.4.17 改】

F A X (0767) 53-6548 (七尾市医師会宛)

F A X (0767) 22-6932 (羽咋郡市医師会宛)

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	職名					
		氏名					
		電話				FAX	
	企業の情報※	1. 事業主      2. 個人事業主      3. 個人事業主等への注文者					
企業名							
労働者数		人	産業医数	人	うち統括産業医 (有・無)		

※ 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と致します。統括産業医が居る企業の小規模事業場は対象外とします。

※ 「統括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動を統括的に指導を行う産業医のことです。

※ 労働者本人からの申込の場合は、担当者欄にご本人の氏名を記入し、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、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。

## 相談内容 (対象者の人数をご記入下さい)

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	人
②	健康診断の結果についての医師の意見聴取	対象者	人
③	長時間労働者に対する面接指導	対象者	人
④	高ストレス者に対する面接指導	対象者	人
⑤	その他 ( )	対象者	人

希望日	相談場所 (選択)	事業場 ・ 医療機関	希望の医療機関:
	第一希望日	年 月 日 ( ) 時 分 ~	中能登地域産業保健センター利用
	第二希望日	年 月 日 ( ) 時 分 ~	<input type="checkbox"/> 新規 (直近2年間利用無) <input type="checkbox"/> それ以外

受付日	月 日 ( )	※中能登地域産業保健センター記入欄
相談日時	月 日 ( )	午前 午後 時 分 ~
医療機関・医師名		

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1 全項目に漏れなく記入しています。  | はい | いいえ |
| 2 事業場は50人未満です。  | はい | いいえ |
| 3 当社に統括産業医は居ません。  | はい | いいえ |
| 4 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。   | はい | いいえ |
| 5 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。   | はい | いいえ |
| 6 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」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り扱う方法及び当該取り扱いを採用する方法を説明している。」 | はい | いいえ |
| 7 上記に相違ありません。   | はい | いいえ |