

令和7年度 中能登地域産業保健センター利用申込書

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)

(R7.6.12改正)

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	注：ご本人からの申込みの場合は、氏名の後ろに「本人」と記載してください。				
		電話			FAX		
	企業の情報	属性	1. 事業主 2. 個人事業者等（労災保険特別加入者本人） 3. 個人事業者等への注文者				
企業名					本社の有無 (有・無)		
労働者数		人	産業医数	人	うち統括産業医 (有・無)		

- ※ 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。統括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外とします。
- ※ 「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。
- ※ 「個人事業者等」は、事業を行う者のうち労働者を使用しないもの及び中小企業の事業主又は役員のことを指し、本事業では、労災保険に特別加入している者が支援対象となります。
- ※ 個人事業者等自身に係る相談をご希望の場合は、「2 個人事業者等」を、注文者等の立場で個人事業者等に係る相談をご希望の場合は「3 個人事業者等への注文者等」を選択してください。
- ※ 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いたしません。

相談内容（対象者の人数をご記入下さい）			
①	健康相談（脳・心臓疾患リスク者保健指導）	対象者	人
②	健康相談（メンタルヘルス不調者相談・指導）	対象者	人
③	健康相談（ストレスチェック相談・指導）	対象者	人
④	健康相談（その他）	対象者	人
⑤	健康診断の結果についての医師からの意見聴取	対象者	人
⑥	長時間労働者に対する医師による面接指導	対象者	人
⑦	高ストレス者に対する医師による面接指導	対象者	人
⑧	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～	☐ 新規（直近2年間利用無） ☐ 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 「健康相談結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「健康相談結果の取得について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理由を説明している。」 | はい | いいえ |
| 7 労災保険に加入している。 | はい | いいえ |
| 8 上記に相違ありません。 | はい | いいえ |