地域産業保健事業

特定健康相談・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	職名： 氏名： 電話：　　FAX：
相談内容 （希望するものに○）		1　健康診断結果に基づく医師の意見聴取　　（対象者　　名） 2　脳・心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導 （対象者　　名） 3　メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導 （対象者　　名） 4　長時間労働者に対する面接指導　　（対象者　　名）
事業場訪問		1　希望する　　2　希望しない
その他連絡事項等		

注：労働者本人からの申し込みの場合は、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。