

FAX 相談申込書

FAX 023-624-5250

申込日： 年 月 日

事業場名			
相談者	所属及び職名		ふりがな 氏名
所在地	〒		
TEL ・ FAX	TEL	FAX	
◆ 相談内容 ◆ (両立支援・メンタルヘルス・ 作業環境・ストレスチェック・ 健康診断事後措置等従業員の健 康管理に関する事項)			

※この用紙に記載された個人情報は FAX 相談申込み以外に使用いたしません。

独立行政法人 労働者健康安全機構 山形産業保健総合支援センター
〒990-0047 山形市旅籠町3丁目1番4号 食糧会館4F
TEL:023-624-5188 FAX:023-624-5250