※利用申込みご希望の方は、山形産業保健総合支援センターまでご連絡ください。
【機密性２】
様式地１-2　　(R2.4.1作成)

副業・兼業労働者の健康相談・面接指導　利用申込書

事業場	事業場名			
	所在地	〒	〒	〒
	労働者数	名 （内派遣労働者数　　名）	名 （内派遣労働者数　　名）	名 （内派遣労働者数　　名）
	事業内容			
	代表者	職名： 氏名：	職名： 氏名：	職名： 氏名：
	担当者	職名： 氏名： 電話：	職名： 氏名： 電話：	職名： 氏名： 電話：
	企業の情報※	企業名 労働者数　　人 産業医数　　人 うち　総括産業医　（　有　・　無　）	企業名 労働者数　　人 産業医数　　人 うち　総括産業医　（　有　・　無　）	企業名 労働者数　　人 産業医数　　人 うち　総括産業医　（　有　・　無　）
相談内容 （希望するものに○）		1　健康相談（脳・心臓疾患リスク者保健指導） 2　健康相談（メンタルヘルス不調者相談・指導） 3　健康相談（ストレスチェック相談・指導） 4　健康相談（その他） 5　健康診断の結果についての医師の意見聴取 6　長時間労働者に対する面接指導 7　高ストレス者に対する面接指導 8　その他（　　）		
その他連絡事項等				

※ 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。

＊下記事項をご確認いただき、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　全項目に漏れなく記入しています。	□	□
2　副業・兼業労働者である。	□	□
3　当社に総括産業医は居ません。	□	□
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。	□	□
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。	□	□
6　保健指導結果の取得について同意します。	□	□
7　上記に相違ありません。	□	□