

# 産業保健実地相談申込書

年 月 日

山形産業保健総合支援センター産業保健相談員による実地相談を申し込みます。

事業者職氏名

山形産業保健総合支援センター所長 殿

事業場名		労働者数	男 女	名 名	計	名
所在地		T E L F A X				
担当者 氏名		産業医 氏名				
<u>主に相談を受けたい事項・希望時期</u>						
※相談したいと思っている内容について、差しつかえない範囲であらましをご記入ください。						
相談の概要						
実地相談希望月日	第1希望	月	日頃	第2希望	月	日頃

※ご記入うえ、FAX又は郵送してください。 FAX：023-624-5250

※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。