

特定健康相談・面接指導 利用申込書

多摩東部地域産業保健センター殿

(FAX 0422-48-0982)

平成 年 月 日

事業場	事業場名 E メールアドレス	
	所在地	〒
	労働者数 (申込み時)	正社員：                      人 アルバイトパート等：                      人 計                      人
	事業内容	
	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) 5 衛生講話・職場巡視・その他 (                                      )	
希望日時	第一希望                      月                      日                      時～ 第二希望                      月                      日                      時～ 第三希望                      月                      日                      時～	
事業場訪問	1 希望する (プライバシーの保てるスペースの確保が必要となります) 2 希望しない	
その他連絡事項等 (要望等)		

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。

注：申し込みから利用まで2週間～1ヶ月ほどかかりますので考慮の上、希望日時をご記入ください