【機密性２】

様式地１－１（例）　　（R5.4.1改正）

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：
	企業の情報※	企業名　（　　）　本社の有無（　有　・　無　） 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）　（対象者　　名） 2　健康相談（メンタルヘルス不調者相談・指導）　（対象者　　名） 3　健康相談（ストレスチェック相談・指導）　（対象者　　名） 4　健康相談（その他）　（対象者　　名） 5　健康診断の結果についての医師の意見聴取　（対象者　　名） 6　長時間労働者に対する面接指導　（対象者　　名） 7　高ストレス者に対する面接指導　（対象者　　名） 8　その他（　　）　（対象者　　名）
事業場訪問		1　希望する　　2　希望しない
地域窓口の利用		□ 新規（直近2年間利用無）　□ それ以外
その他連絡事項等		

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。
なお、本事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。（平成31年度から適用）

※ 「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総括的に指導を行う産業医のことを指します。

※ 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。

※ 副業・兼業に関する相談は様式地1-2（例）を使用すること。

＊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　事業場の労働者数(役員、個人事業主等は除く。)は50人未満です。	□	□
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労働者の同意を得ている。」又は「保健指導結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。」	□	□
7　他の地域産業保健センターを含め健康相談、面接指導それぞれ3回以上申込みしていません。	□	□
8　上記に相違ありません。	□	□

【機密性２】　　（R2.4.１改正）

様式地７　　（　　枚目／　　枚）

十和田・三沢地域産業保健センター

実施日時		令和　　年　　月　　日（　）　時　　分～　　時　　分	
利用申込年月日		令和　　年　　月　　日	
実施場所			
相談対応者		担当産業医等氏名	
ワンストップサービス		1. 該当する　（　産業保健総合支援センター　・　地域産業保健センター） 2. 該当しない	
事業場	事業場名		
	所在地		
	担当者	職名：　　氏名： 電話：　　FAX：	
	業種		
	従業員数	（男：　　人）（女：　　人）（計：　　人）	
	その他	企業名　（　　） 労働者数　（　　人） 産業医数　（　　人） うち　総括産業医　（　有　・　無　）	
相談者		１　事業者・担当者等　　２　本人（労働者）　　３　その他 職名・職務内容： 氏名： （本人の場合：年齢　　歳　　性別：男　・　女）	
相談内容		（該当事項に○）	対象人数 / うち、副業・兼業人数
		１　健康相談（脳・心臓疾患リスク者保健指導）	（　名）（　名）
		２　健康相談（メンタルヘルス不調者相談・指導）	（　名）（　名）
		３　健康相談（ストレスチェック相談・指導）	（　名）（　名）
		４　健康相談（その他）	（　名）（　名）
		５　健康診断の結果についての医師の意見聴取	（　名）（　名）
		６　長時間労働者に対する面接指導	（　名）（　名）
		７　高ストレス者に対する面接指導	（　名）（　名）
		８　その他（　　）	（　名）（　名）
		相談・指導内容 ✻メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導の場合 受診勧奨　有　・　無	
備考		事業場訪問　有　・　無	

※　任意様式の添付書類も含めてページ番号と総ページ数を右上に記載すること。

記載例　（４枚目／５）

別紙１

有所見者一覧表

事業場名称：
所在地：
担当者職名：
担当者氏名：
連絡先（電話）：
連絡先（FAX）：
連絡先（電子メール）：

	氏名	（フリガナ）	生年月日(省略可能)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25	本紙で足りなければコピーしてください。		

※1　提出する健康診断個人票に係る労働者の氏名等がすべて本票に記載されているか、必ず確認してください。

※2　医師の診断欄に「異常なし」「異常は認められない」などの記載がある**健康診断個人票は提出しないでください。**