別紙様式例 1-1（申込先 FAX：072-775-1116　兵庫県伊丹地域産業保健センター宛）

地域産業保健事業

# 特定健康相談・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：<br>氏名： |
| | 担当者 | 職名：<br>氏名：<br>電話：　　FAX： |
| 相談内容<br>（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）<br>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）<br>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）<br>4　長時間労働者に対する面接指導　（対象者　　名） |
| 事業場訪問 | | 1　希望する　　2　希望しない |
| その他連絡事項等 | | |

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。