【機密性２】
様式地１－１（例）続紙　　（R8.10.1 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： 注：事業場でなく労働者個人からの申込みの場合だけ、氏名の後ろに「本人」と記載してください。 電話：　　FAX：
	属性	１ 事業者　　２ 個人事業者等（労災保険特別加入者本人） ３ 個人事業者等への注文者等
	企業全体の情報 （注：企業内に上記以外の事業場がある場合のみ、上記事業場も含めた企業全体の情報を記入してください。）	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からの意見聴取　（対象者　　名） 6　長時間労働者に対する医師による面接指導　（対象者　　名） 7　高ストレス者に対する医師による面接指導　（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
地域産業保健センターの利用		□ 新規（直近2年間利用無）　□ それ以外
その他連絡事項等		

※ 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。

※ 「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。

※ 「個人事業者等」は、事業を行う者のうち労働者を使用しないもの及び中小企業の事業主又は役員のことを指し、本事業では、労災保険に特別加入している者が支援対象となります。
個人事業者等自身に係る相談をご希望の場合は「２ 個人事業者等」を、注文者等の立場で個人事業者等に係る相談をご希望の場合は「３ 個人事業者等への注文者等」を選択してください。

※ 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）を使用してください。

＊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	いいえ
1 全項目に漏れなく記入しています。	□	□
2 事業場は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「健康相談結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「健康相談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 労災保険に加入しています。	□	□
8 上記に相違ありません。	□	□

【機密性2】様式地1-3

書類枚数チェック票

事業場名	

※ 該当する項目に〇を付けてください。

項目	
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からの意見聴取
6	長時間労働者に対する医師による面接指導
7	高ストレス者に対する医師による面接指導
8	その他（　　）

書類枚数チェック （本票を除く）									
事業場 → 地産保			地産保 → 産業医		産業医 → 地産保		地産保 → 事業場		受取者サイン
対象者数	書類枚数	受取者チェック	書類枚数	受取者チェック	書類枚数	受取者チェック	書類枚数	受取者チェック	

【事業場の方へ】

本様式は、お預かりする書類の紛失防止のために使用する「書類枚数チェック票」です。
提出時には、二重線（網掛け）部分の「事業場名」及び「書類枚数チェック（本票を除く）」の「事業場→地産保」欄の「対象者数」「書類枚数」をご記入のうえ、関係書類と併せてご提出ください。
（記入例）対象者1名分の書類が2枚の場合は、「対象者数：1、書類枚数：2」とご記入ください。

◎最終受取者（事業場）の郵送以外の『書類枚数チェック票』 返送先

松阪地域産業保健センター

FAX ： 0598-21-3308

メールアドレス：matsusaka-sanpo@oregano.ocn.ne.jp

【コーディネーター・登録産業医の方へ】

・本様式は、該当する項目ごとに作成し、事業場から預かった個人情報を含む文書とともに移動させてください。

・書類を渡す側が「書類枚数」を記載し、受取者は枚数を確認後☑（チェック）を記載してください。

・郵送や産業医に渡す等で本票が地産保の手元から離れる際には、写しを地産保で保存してください。

・事業場への返却時には、「受取者サイン」をもらってください。
郵送等の場合は事業場でサイン後、地産保へご返送いただくよう事業場にご依頼ください。