

職場環境チェック等 (健康相談) 利用申込書

事業場	事業場名			
	所在地	〒 (-)		
	代表者職氏名		労働者数	人
	担当者職氏名 (E-Mail)		電話番号	
			FAX 番号	
	事業内容			
本社業等情報 ※	本社等名称 本社等規模 (<input type="checkbox"/> 50人未満、 <input type="checkbox"/> 50~299人、 <input type="checkbox"/> 300~999人、 <input type="checkbox"/> 1000人以上) 本社等の産業医数 (産業医 名、内専属産業医 名)			
相談の種類 該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> 印をつけてください (複数可)	1 職場環境チェック <input type="checkbox"/> 労働災害防止対策 <input type="checkbox"/> 一般作業環境 (騒音、照度、暑熱寒冷) 対策 <input type="checkbox"/> 重筋作業 (腰痛等) 対策 <input type="checkbox"/> 有害物作業環境 (有機溶剤等) 対策 <input type="checkbox"/> 労働安全衛生教育 <input type="checkbox"/> その他の労働衛生に関すること			
事業場から 特に相談等したい 具体的な事項				
訪問希望日 (MAX 3時間)	<input type="checkbox"/> 未定：要調整	<input type="checkbox"/> 第1 月 日 曜日 (時 分 ~ 時 分頃)	<input type="checkbox"/> 第2 月 日 曜日 (時 分 ~ 時 分頃)	
支援センター からのお願い	当センターの健康相談 (職場環境チェック等) 支援事業をご活用いただきありがとうございます。支援事業をよりよいものにするために支援利用者にアンケート調査をさせていただくことが御座います。誠に恐縮ですがその際には御協力をお願いします。			

- ◇ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。
- ◇ 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。

- | | |
|---|--|
| * 下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックマーク <input checked="" type="checkbox"/> してください。 | チェック欄
はい いいえ
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 1 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。 | |
| 2 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。 | |

本書は、FAX または E-mail にて送信ください。 当協会の FAX 又は E-mail は下記の通りです。
 追って当協会事務局長より訪問日時等についてご連絡申し上げます。

<< 申込先 >> (一社) 熊谷地区労働基準協会
 〒360-0031 熊谷市末広 2-119 ビッグストーンビル 1階
【TEL:048-525-1746 FAX:048-525-6506 Email: syadan@kumagayarokikyo.or.jp】
 << 連携団体 >> 熊谷地域産業保健センター 【受付支援センター TEL:048-814-3905 FAX:048-829-2660】