

実地相談申込書

平成 年 月 日

北海道産業保健総合支援センター所長 殿

事業主 職 氏名

⑩

北海道産業保健総合支援センター産業保健相談員等による実地相談を申し込みます。

事業場 又は 団体名			業 種	
			労働者数	人
所在地	〒			
	TEL ()		FAX ()	
担当者の 氏 名	部署名		職 種 (○印をして下さい)	
	フリガナ 氏 名		1. 産業医等	5. 衛生管理者
		2. 保健師・看護師	6. 産業保健関係機関	
		3. 事業主	7. 労働者	
		4. 労務管理担当者	8. その他	
産業医氏名				
事業内容				
実地相談 希望日	第1希望日	月 日 ()	第2希望日	月 日 ()
	相談を受けたい事項			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
*相談例				
1. 健康管理に関して 2. 快適職場の形成について 3. 作業環境について 4. メンタルヘルスについて 5. その他 (差し支えない範囲でご記入ください。)				

北海道産業保健総合支援センター
TEL 011-242-7701 FAX 011-242-7702

(2011. 5改訂)