実 地 相 談 申 込 書

令和　　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

㊞

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。

<table>
<tr><td>事 業 場
又 は
団 体 名</td><td colspan="2"></td><td>業　種</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>労働者数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>所 在 地</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">ＴＥＬ　　（　　）　　ＦＡＸ　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">担当者の
氏　名</td><td colspan="2">部署名</td><td colspan="2" rowspan="2">職　種　（〇印をしてください）
１．事業主　　５．労務衛生担当者
２．産業医等　　６．管理職
３．保健師・看護師　　７．労働者
４．衛生管理者等　　８．その他</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏（ふり）名（がな）</td></tr>
<tr><td>産業医氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>事 業 内 容</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>実 地 相 談
希 望 日</td><td>第１希望日</td><td>月　　日（　　）</td><td>第２希望日</td><td>月　　日（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">相 談 を 受 け た い 事 項</td></tr>
<tr><td colspan="5">*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。）</td></tr>
</table>

北 海 道 産 業 保 健 総 合 支 援 セ ン タ ー
TEL 011-242-7701　FAX 011-242-7702

※　申込書受領後、当センターからご連絡いたします。

※　この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。

（２０２４．６月改訂）