

治療と仕事の両立支援申込書

令和 年 月 日

| | | | | | |
|--|--------|---|-----|------|---|
| 事業場名 | | | | | |
| 業種 | | 事業内容 | | 労働者数 | 人 |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| | TEL | | FAX | | |
| 担当者 | 部署名 | | | 氏名 | |
| | E-mail | | | | |
| | 職種 | <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 労務管理担当 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 労働者（患者） <input type="checkbox"/> その他) | | | |
| 希望する支援内容 <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 個別訪問支援 *専門家が事業場を訪問し、両立支援に関する制度の導入等についてアドバイスします。 1 管理監督者や労働者等に対し意識啓発を行うセミナー 2 事業場の勤務・休暇制度の整備への助言・支援等 3 両立支援の対応手順、関係者の役割の整理についての助言・支援等 4 その他（具体的に：) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 個別調整支援（労働者ご本人の同意が必要） *専門家が、労働者（患者）の円滑な職場復帰や、治療と仕事の両立ができるようアドバイスします。 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 啓発セミナー *ガイドライン等の普及・啓発を目的とした事業者等を対象とするセミナーです。 | | | | | |

【申込先】 独立行政法人労働者健康安全機構 北海道産業保健総合支援センター

F A X : 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、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。