

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

事業所名

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。

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 (○印をしてください)	
	氏名 <small>ふりがな</small>		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	
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 ()
	<u>相談を受けたい事項</u>			
*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