

「治療と仕事の両立支援」利用申込書

年 月 日

ふりがな 事業場名			
業 種 (いずれかに○)	1.製造 2.建設 3.運送 4.電気・ガス・水道 5.情報通信 6.卸・小売 7.金融・保険 8.不動産 9.飲食店・宿泊 10.医療・福祉 11.教育・学習支援 12.サービス(その他) 13.その他	労働者数	人
所在地	〒		
	TEL		FAX
	メールアドレス：		@
申 込 者	部署名		ふりがな 氏 名
	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(患者の家族等))	
《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"/> 相談 <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。 <input type="checkbox"/> 個別訪問支援 ＊両立支援促進員が事業場を訪問し、制度の導入等についてアドバイスします。 1. 管理監督者、労働者向け両立支援教育 2. 事業場内の環境整備(勤務・休暇制度の整備、規程の作成等体制整備に関すること) 3. 両立支援の進め方 4. その他() <input type="checkbox"/> 個別調整支援 ＊労働者ご本人の同意が必要となります。 ＊事業者と労働者(患者)間の治療と仕事の両立についてアドバイスします。 1. 労働者(患者)との治療に対する配慮の検討 2. 両立支援の進め方 3. 両立支援プランの作成に対する助言 4. 職場復帰プランの作成に対する助言 5. 主治医等への相談に対する助言 6. 就業上の措置についての検討 7. その他(具体的に)			

【申込先】独立行政法人 労働者健康安全機構 香川産業保健総合支援センター

F A X : 087-813-1317

※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。

※医療機関での診断書等の発行には費用がかかります。