西宮地域産業保健センター
健康相談・面接指導　利用申込書

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	男：　　人　女：　　人　計：　　人
	事業内容	
	代表者	職名　　氏名
	担当者	職名　　氏名
	連絡先	TEL　　FAX
	本社、親企業の情報	企業の支店、営業所、工場、子会社等に該当する場合ご記入ください 本社、親企業等の名称（　　） 事業場の属する本社、親企業等の全労働者数（　　人） 本社、親企業の産業医数（産業医　　名、内専属産業医　　名）
希望相談日		年　月　日　曜日 午後　時　分～
相談内容 （希望するものに○）		1　労働者の健康管理（ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽを含む）に係る相談（対象者　名） 2　健康診断の結果についての医師からの意見聴取（対象者　名） 3　長時間労働者に対する面接指導（対象者　名） 4　その他（　　）（対象者　名）
相談場所 （希望するものに○）		1　医師会（　　）←西宮、宝塚、芦屋のいずれかをご記入ください 2　医療機関　3　事業場訪問（産業保健指導）
その他連絡事項など		

注：労働者本人からの申し込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名をご記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。お申し込みはFAX･郵送でお願いします。

＊下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。　はい　いいえ

1　就業する事業場は５０人未満です。　□　□

2　健康相談・面接指導は治療目的ではないことを理解しています。　□　□

3　本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意します。　□　□

西宮地域産業保健センター事業に関するお申し込み･お問合わせは

西宮地域産業保健センター　事務所　　直通電話　070－2197－8530

〒662-0913　西宮市染殿町6－12－602号　TEL／FAX（0798）26－6000