

あて先：FAX 017-731-3660（青森産業保健総合支援センターあて）

E-mail：sanpo02@aomoris.johas.go.jp

★原則として希望する「1月以上前」までに申込みください。

# 利 用 申 込 書

令和 年 月 日

|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|-------------|
| 留意事項                                                                                            | 所定期日まで申込できない場合又は講師の都合によりお断りする場合があることをご了承願います。                                          |                       |                |                       |             |
| ※ 希望する支援内容に☑を入れてください。                                                                           |                                                                                        |                       |                |                       |             |
| 専門担当による相談対応と個別訪問による支援                                                                           |                                                                                        |                       |                |                       |             |
| 1 <input type="checkbox"/> 産業保健(産業活動に関連する健康問題全般)について相談を受けたい。                                    |                                                                                        |                       |                |                       |             |
| 2 <input type="checkbox"/> 作業環境管理、作業管理等について支援を受けたい。                                             |                                                                                        |                       |                |                       |             |
| 3 <input type="checkbox"/> 職場のメンタルヘルス対策の導入について支援を受けたい。                                          |                                                                                        |                       |                |                       |             |
| 4 <input type="checkbox"/> ストレスチェック制度の導入について支援を受けたい。                                            |                                                                                        |                       |                |                       |             |
| 5 <input type="checkbox"/> 事業場を対象とした病気の治療と仕事の両立に関する支援を受けたい。                                     |                                                                                        |                       |                |                       |             |
| 6 <input type="checkbox"/> 労働者を対象とした病気の治療と仕事の両立に関する支援を受けたい。                                     |                                                                                        |                       |                |                       |             |
| 受けたい場所                                                                                          | いずれかに○印(その他に当たっては名称及び所在地)を記入してください。<br>( ・ 自社 ・ 青森産業保健 ・ その他「名称」 )<br>総合支援センター 「所在地」 ) |                       |                |                       |             |
| 希望日(午前・<br>午後のいずれかに○印)                                                                          | 第1希望                                                                                   | 令和 年 月 日 ( )<br>午前 午後 | 第2希望           | 令和 年 月 日 ( )<br>午前 午後 |             |
| 事業場名                                                                                            |                                                                                        |                       |                |                       | 所属労働者数<br>名 |
| 代 表 者                                                                                           | 職名                                                                                     |                       | 氏名             |                       |             |
| 自社の<br>所在地等                                                                                     | 〒 —                                                                                    |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 | 電話番号<br>( ) —                                                                          |                       | FAX番号<br>( ) — |                       |             |
| 担当者等                                                                                            | 所属                                                                                     |                       | 氏名             |                       |             |
|                                                                                                 | E-mail：                                                                                |                       |                |                       |             |
| 業 種                                                                                             |                                                                                        | 業務内容                  |                |                       |             |
| 希望する支援の具体的内容                                                                                    |                                                                                        |                       |                |                       |             |
| ※上記希望事項に関する具体的な要望等(希望する内容、講師、詳細な時間など)を記入してください。<br>(申込み時点で相談員(講師)等と個別にお話をしている場合には、その旨記入してください。) |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |
|                                                                                                 |                                                                                        |                       |                |                       |             |

注) 本申込書をFAX又はメールで送信してください。

R0601