

利 用 申 込 書

平成 年 月 日

事業場名					労働者数
代表者	職名		氏名		名
所在地	〒 -				
	電話番号 () -			FAX番号 () -	
担当者	所属		氏名		
	E-mail :				
業 種			業務内容		
訪問希望日 (午前・午後 後に○印)	第1希望	平成 年 月 日 ()			第2希望
		午前	午後		
		午前	午後	午前	午後

※ 希望する支援内容に☑を入れてください。

産業 保健 総合 支援 セン ター	1 専門的な相談対応と個別訪問支援 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ等の方からの相談（専門スタッフがお答えします。） <input type="checkbox"/> 作業環境管理、作業管理等について必要に応じて事業場を訪問しアドバイス <input type="checkbox"/> 中小規模事業所を訪問し、メンタルヘルス対策の導入をお手伝い <input type="checkbox"/> 管理監督者などを対象としたメンタルヘルス教育（ストレスチェック制度含む） <input type="checkbox"/> ストレスチェック制度の導入に関する支援 2 産業保健スタッフ等への研修会の実施 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ等を対象として、専門的・実践的な研修 <input type="checkbox"/> 事業者や労働者の方を対象として、労働者の健康管理などに関する啓発セミナーの実施
	◎労働者50人未満の小規模事業場の事業者や労働者の方を対象とします。 1 相談対応 <input type="checkbox"/> 労働者の健康管理（メンタルヘルスを含む） <input type="checkbox"/> 健康診断の結果について、医師からの意見陳述 <input type="checkbox"/> 長時間労働者、高ストレス者に対する面接指導 2 個別訪問による産業保健指導 <input type="checkbox"/> 事業場を訪問して、職場巡視、相談対応、労働衛生啓発事業の実施など、事業場の状況を踏まえた産業保健に係る指導

- ☆地域窓口のご案内

 - ・東青地域産業保健センター
 - ・弘前・黒石地域産業保健センター
 - ・八戸地域産業保健センター
 - ・五所川原地域産業保健センター
 - ・十和田・三沢地域産業保健センター
 - ・むつ下北地域産業保健センター

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をご記入下さい。
 研修を希望される場合は、（研修内容、対象者、研修時間など）ご希望内容をご記入ください。
 （申込み時点で相談員等と個別にお話をしている場合には、その旨ご記入下さい。）

センターを知ったきっかけ (該当に☑をして下さい)	<input type="checkbox"/> 1 ホームページ	<input type="checkbox"/> 4 メールマガジン
	<input type="checkbox"/> 2 新聞・テレビ	<input type="checkbox"/> 5 労働基準監督署からの紹介
	<input type="checkbox"/> 3 各団体の会合・説明会等	<input type="checkbox"/> 6 その他 ()