

転倒・腰痛対策職場訪問支援 利用申込書

令和 年 月 日

事業場名					労働者数	人
業 種	☐ 製造業 ☐ 建設業 ☐ 運送業 ☐ 電気・ガス・水道 ☐ 情報通信業 ☐ 金融・保険業 ☐ 不動産業 ☐ 飲食、宿泊業 ☐ 医療、福祉 ☐ 教育、学習支援業 ☐ サービス ☐ その他					
所 在 地	〒					
	TEL			FAX		
対 応 者	氏名			E-mail		
	職種	☐ 産業医 ☐ 保健師・看護師 ☐ 事業主 ☐ 労務管理担当 ☐ 衛生管理者 ☐ その他				
希望日時	★原則として希望する1か月以上前までにお申込みください。					
	第一希望	令和	年	月	日 ()	午前・午後 : ~
	第二希望	令和	年	月	日 ()	午前・午後 : ~
	第三希望	令和	年	月	日 ()	午前・午後 : ~
★希望支援内容 ☐ にチェックを入れてください						
☐ 従業員の健康測定・チェック 1. 従業員の健康度チェック 2. 転倒腰痛防止のアドバイス 3. 作業姿勢 ☐ 社内セミナー・実技指導・運動アドバイス等 1. 転倒腰痛のメカニズム 2. 転倒腰痛防止運動 3. 職場で出来るストレッチ体操 4. 作業姿勢の改善						
備考(その他)						
センターをお知りになったきっかけ ☐ ホームページ ☐ SNS(メールマガジン・Instagramなど) ☐ 各団体の会合・説明会等 ☐ 労働基準監督署等からの紹介 ☐ 新聞・テレビ ☐ その他()						

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 青森産業保健総合支援センター

E-mail: sanpo02@aomoris.johas.go.jp FAX: 017-731-3660

- ・ 本書をメールまたはFAXにて送信してください。申込書受領後、当センターからご連絡いたします。
- ・ この申込書に記載された個人情報は、当センターが提供する産業保健サービス以外で使用することはありません。

(R6.12)