

転倒・腰痛対策職場訪問支援 利用申込書

令和 年 月 日

事業所名					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		
	☐ 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2か月以上前までにお申込みください。					
	★実施時間は、60分・90分・120分などご希望の時間に合わせて調整します。					
	第一希望	令和	年	月	日 ()	時 分 ~ 時 分
	第二希望	令和	年	月	日 ()	時 分 ~ 時 分
第三希望	令和	年	月	日 ()	時 分 ~ 時 分	
実施場所	☐ 事業場内 ☐ その他					
参加予定人数	☐ 管理職 (人) ☐ 一般労働者 (人)					
希望の支援内容 (複数可)	☐ 社内セミナー ☐ 作業姿勢に対するアドバイス					
希望する支援の具体的内容						
準備できるもの	☐ パソコン (☐ 外部USB対応可能 ・ ☐ パワーポイントデータ対応可能) ☐ スクリーン ☐ プロジェクター または ☐ 資料投影用大型テレビ等 ☐ 駐車場 (講師用1台分)					
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。

(R8.8)