

職場訪問支援サービス申込書

※調整の都合上、1ヵ月以上前にお申込みください。

申込日 年 月 日

事業所名				労働者数	人	
所在地	〒					
	TEL		FAX			
担当者	部署名			氏 名		
	職 種	☐ 産業医 ☐ 産業看護職 ☐ 事業主 ☐ 人事・労務担当者 ☐ 衛生管理者 ☐ その他()				
	E-mail					
業 種			業務内容			
訪問希望日	事前打合せ(事業場の健康課題の絞り込みについてのヒヤリング) ※事前打合せを希望する場合のみ、ご記入ください。					
	第1希望日	20	年	月	日()	時間帯 : ~ :
	第2希望日	20	年	月	日()	時間帯 : ~ :
	実地支援(運動指導士・理学療法士などの専門家が実際に事業場に訪問する実地指導・セミナー・アドバイス)					
	第1希望日	20	年	月	日()	時間帯 : ~ :
	第2希望日	20	年	月	日()	時間帯 : ~ :
支援を希望する職場の健康課題(該当する項目の□にレを入れてください。)						
☐ 転倒災害が増加している ☐ 腰痛災害又は腰や膝などの痛みを訴える従業員が増加 ☐ 病院・社会福祉施設で働く労働者を対象とした腰痛予防、移動・移乗技術の改善 ☐ 転倒災害や腰痛災害を発生させない作業姿勢・作業環境・作業管理・健康管理等の改善 ☐ 中高年労働者又は着座時間が長い労働者等を中心とした運動機能の向上 ☐ メタボ従業員(生活習慣病・ハイリスク者)の増加 ☐ ストレスを抱えがちな従業員が増えている ☐ 作業動作のムダをなくし働きやすい職場環境を実現したい ☐ 身体活動・運動機会の増進や運動習慣の定着によって従業員の健康維持・増進を図りたい						
その他に希望される支援の具体的内容がありましたら、ご記入ください。						

申込書到着後、当センターからご担当者様あてに、訪問日時の調節のため、ご連絡いたします。

申込先 福島産業保健総合支援センター 〒960-8031 福島市栄町 6-6 福島セントランドビル10F

TEL 024-526-0526 FAX 024-526-0528