

(東京電力福島第一原子力発電所健康支援相談窓口用)

出張健康相談申込書

申込日： 年 月 日

事業場名			
所在地			
ご担当者	氏 名	所属部署	
ご連絡先	TEL	FAX	
	メール		
健康相談 ご希望日時	第1希望 月 日 () : ~ :		
	第2希望 月 日 () : ~ :		
	第3希望 月 日 () : ~ :		
健康相談会場	1. 上記所在地 2. 所在地以外 ()		
ご相談者	1. 安全衛生推進者、衛生管理者等 2. ご本人	ご相談 対象人数	名
ご相談内容 (複数選択可)	1. 就業判定 2. 健康診断後の有所見指導 3. 長時間労働者に対する面接 4. 高ストレス (メンタルヘルス不調) に関する相談 5. その他 ()		

※記入上の注意

- ① お申込みは、希望する日の2週間前までにお願いいたします。
- ② 健康相談ご希望日時は、第3希望まで御記入ください。
- ③ 「健康相談会場」欄の該当する番号を○で囲んでください。2を選択された場合は、()内に会場の住所及び建物名を御記入ください。
- ④ 「ご相談者」欄の該当する番号を○で囲んでください。
- ⑤ 「ご相談内容」欄の該当する番号を○で囲んでください。5を選択された場合は、()内に相談内容を御記入ください。

お申込み・お問合せ先

福島産業保健総合支援センター サテライトオフィス
〒973-8409 いわき市内郷綴町沼尻3 福島労災病院内
TEL 0120-631-637 FAX 0246-38-3209
メール satellite@fukushimas.johas.go.jp