

治療と職業生活の両立支援申込書

事業場名					
業種		事業内容		労働者数	人
所在地					
	TEL		FAX		
担当者	部署			氏名	
	E-mail				
	職種	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 労務管理担当者 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 衛生管理者	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 労働者(患者)	

希望する支援内容 にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。

個別訪問支援

* 担当者が事業場を訪問し、両立支援に関する制度の導入等についてアドバイスをします。

- 1 管理監督者向け両立支援教育(事業場の管理監督者や労働者等に対し、意識啓発を図る教育)
- 2 事業場内体制の整備
- 3 事業場内規程等の整備
- 4 両立支援の進め方
- 5 両立支援に係る情報提供
- 6 その他(具体的に: _____)

啓発セミナー

* ガイドライン等の普及、啓発を目的とした事業者等を対象とするセミナーです。

個別調整支援(患者(労働者)本人の同意が必要です)

- 1 患者(労働者)と人事労務担当者等との連絡調整
- 2 両立支援の進め方
- 3 両立支援プランの作成
- 4 職場復帰支援プランの作成
- 5 主治医等との連携
- 6 就業上の措置についての検討
- 7 その他(具体的に: _____)

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構

福島産業保健総合支援センター

FAX : 024-526-0528

※申込書受領後、当センターからご連絡いたします。

※この用紙に記載された個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外に使用いたしません。