

# 治療と仕事の両立支援申込書

事業場名					
業 種		事業内容		労働者数	人
所 在 地					
	T E L		F A X		
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 <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。					
<input type="checkbox"/> 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: _____)					
<input type="checkbox"/> 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。					
<input type="checkbox"/> 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**

**F A X : 0 2 4 - 5 2 6 - 0 5 2 8**

※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、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。