

## 治療と仕事の両立支援申込書

事業場名						
代表者	職名		氏名			
所在地	〒					
	電話		FAX			
担当者	職名		(フリガナ) 氏名			
	E-mail					
業種 (事業内容)				従業員数	人	
訪問 希望日	第1 希望	令和 年 月 日( )		第2 希望	令和 年 月 日( )	
		午前	午後		午前	午後
支援を希望する事項(番号に○印を付してください。)						
窓口での相談	1	窓口相談				
個別訪問支援	2	制度導入の支援				
	3	管理監督者、社員等を対象とした教育				
個別調整支援	4	事業者と社員間の仕事と治療の両立調整支援				
	5	両立支援プラン、職場復帰支援プランの助言・支援				
○ 希望する支援等の具体的内容						

下記「富山産業保健総合支援センター」へFAX・メール等でお申し込みください。

独立行政法人労働者健康安全機構  
富山産業保健総合支援センター  
住 所: 〒930-0856  
富山市牛島新町5-5 インテックビル4階  
TEL: 076-444-6866  
FAX: 076-444-6799  
メー ル: [sanpo16@toyamas.johas.go.jp](mailto:sanpo16@toyamas.johas.go.jp)  
ホームページ: <https://www.toyamas.johas.go.jp>