「治療と仕事の両立支援」申込書

令和　　年　　月　　日

事業場名				
業　　種	製造業 / 建設業 / 運送業 / 電気・ガス・水道業 / 情報通信業 / 卸・小売業 / 金融・保険業 / 不動産業 飲食・宿泊業 / 医療・福祉業 / 教育・学習支援業 / サービス業 / その他（　　）			
事業内容			労働者数	人
所在地	〒			
	ＴＥＬ		ＦＡＸ	
担当者	部署名		氏　名	
	E-mail			
	職種等	□ 産業医　□ 医師　□ 保健師・看護師 □ 人事労務担当者　□ 衛生管理者・推進者　□ 事業主 □ 労働者（患者）　□ その他（　　）		

支援(訪問)希望日	第1希望	令和　年　月　日（　）	第2希望	令和　年　月　日（　）
		時　分　～		時　分　～
	第3希望	令和　年　月　日（　）	第4希望	令和　年　月　日（　）
		時　分　～		時　分　～

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。

□ **相談（相談内容を簡単にご記入ください）**

（　　）

□ **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します。

1 社内研修（事業場の管理監督者や労働者等に対し、意識啓発を行うセミナー）
2 事業場内体制の整備
3 事業場内規程等の整備
4 事業場の勤務、休暇制度の整備
5 両立支援の進め方
6 両立支援に係る情報提供
7 その他（具体的に：　　）

□ **個別調整支援　（労働者（患者）本人の同意が必要）**

＊事業場と労働者（患者）間の、仕事と治療の両立についてアドバイスします。

1 両立支援の進め方
2 主治医等への相談
3 労働者（患者）との治療に対する配慮の検討
4 就業上の措置についての検討
5 両立支援プランの作成
6 職場復帰支援プランの作成
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　**富山産業保健総合支援センター**

〒930-0856　富山県富山市牛島新町5-5　インテックビル４Ｆ　TEL：076-444-6866

ＦＡＸ：０７６－４４４－６７９９

※本書をＦＡＸにて送信してください。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は使用いたしません。