

治療と仕事の両立支援「ガイドライン」申込書

年 月 日

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

希望内容：□にチェックを入れて下さい。いずれも無料です。

- ガイドライン（「事業所における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」＋「企業・医療機関連携マニュアル」）を送ってほしい。

希望部数 _____ 部

- 治療と仕事の両立支援やガイドラインについて説明してほしい。

個別訪問支援

両立支援に係る情報提供（※ 担当者が事業場を訪問して説明します。）

訪問希望日時	第1希望	年	月	日 ()	時	分~	時	分
	第2希望	年	月	日 ()	時	分~	時	分
	上記希望日以外の日程でも調整 可 ・ 不可							

※ 支援センター記入欄：

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 山口産業保健総合支援センター
〒753-0051 山口市旭通り二丁目9-19 山口建設ビル4階
TEL：083-933-0105

FAX：083-933-0106
メール：co-ryoritsu@yamaguchis.johas.go.jp

※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。