札幌市地域産業保健センター相談申込書

札幌地域産業保健センター 行 （ FAX 623-6426　TEL 623 -6226）

※ □は該当するものにチェックを入れて下さい。

希望事項　：　□ 特定健康相談面接　　□　長時間労働者の面接指導
　　□ 個別訪問産業保健指導　□　説明会・相談会

希望場所　：（　札幌医師会内センター　・　外部医療機関　・　その他施設　）

希望相談日：　平成　　年＿＿月＿＿日＿＿＿曜日　　＿＿＿＿時

貴事業場名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業場所在地：〒　　札幌市　　区＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　：　　ＦＡＸ　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご担当者名　：＿＿＿＿＿＿＿＿

事業場概要　：従業員数　　男＿＿＿名、　女＿＿＿＿名、　合計 ＿＿＿＿名

業種分類　□鉱 業 □建設業 □製造業 □電気・ガス・熱供給・水□情報通信業 □運輸業
□卸売・小売業 □金融・ 保険業 □不動産 □飲食店・宿泊業 □医療、福祉
□教育、学習支援 □複合サービス　□サービス業（他に分類されないもの）
□公 務 □分類不能の産業

有害業務の有無：□ある（ 種類：）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□ない

相談項目（複数可）

相談内容 (希望するものに○)	1　健康診断結果に基づく医師の意見聴取　(対象者　　名) 2　脳心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導　(対象者　　名) ※血中脂質･血圧･血糖･尿中糖･心電図等の検査で異常がある方 3　メンタルヘルス不調の労働者に対する相談･指導　(対象者　　名) 4　長時間労働者に対する面接指導　(対象者　　名)

★相談内容を具体的にご記入下さい★

※長時間労働者の面談申込の場合は下記に面談者氏名･年齢･担当業務･時間外数を記入下さい。