治療と仕事の両立支援申込書

年　　月　　日

事業場名					
業　　種		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	□ 産業医　□ 保健師・看護師　□ 事業主 □ 労務管理担当　□ 衛生管理者　□ 労働者（患者） □ その他　）			

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。

□ 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 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（ご本人の同意が必要）

＊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 労働者（患者）との治療に対する配慮の検討
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 主治医等への相談
6 就業上の措置についての検討
7 その他（具体的に：　）

□ DVD、図書の貸出し

1 DVD「病気の治療をしながらも働ける職場へ－治療と職業生活の両立支援に向けて－
2 図書「治療と就労の両立支援マニュアル（がん）」
3 図書「治療と就労の両立支援マニュアル（糖尿病）」
4 図書「治療と就労の両立支援マニュアル（脳卒中）」
5 図書「治療と就労の両立支援マニュアル（メンタルヘルス）」

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構　茨城産業保健総合支援センター

ＦＡＸ：029－227－1335

※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。