

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	<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			
希望する支援内容 希望する口にチェックを入れてください。					
<input type="checkbox"/> 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」についての説明 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 事業場内体制の整備 <input type="checkbox"/> 事業場内規定等の整備 <input type="checkbox"/> 事業場の勤務、休暇制度の整備 <input type="checkbox"/> 両立支援の進め方 <input type="checkbox"/> 両立支援に係る情報提供 <input type="checkbox"/> 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 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、産業保健活動総合事業の目的以外には使用いたしません。