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			従業員数	
所在地	〒			
電話			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　□従業員（患者） □その他（　　）		

希望する支援内容☑にチェックを入れ、希望する番号に〇印をつけてください。

□　相談

1　来所　　2　Web

□　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

2　事業場内体制の整備　　3　事業場内規定等の整備

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（　　）

【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。