

治療と職業生活の両立支援事業 訪問申込書

平成 年 月 日

事業場又は団体名							労働者数
							人
代表者職氏名							(企業規模 人)
所在地	〒 ー						
	Tel				Fax		
担当者職氏名 (申込者)	職名			氏名			
	E-mail						
業 種	<input type="checkbox"/> 製造業	<input type="checkbox"/> 建設業	<input type="checkbox"/> 運送業	<input type="checkbox"/> 電気・ガス・水道	<input type="checkbox"/> 情報通信業	<input type="checkbox"/> 卸・小売業	<input type="checkbox"/> 金融・保険業
	<input type="checkbox"/> 不動産業	<input type="checkbox"/> 飲食、宿泊業	<input type="checkbox"/> 医療、福祉	<input type="checkbox"/> 教育、学習支援業	<input type="checkbox"/> サービス業(その他)	<input type="checkbox"/> その他	
主な事業内容							
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						
	第3希望 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分						
相談したい事項の欄にチェックを付して(複数可)、希望する相談事項の具体的内容を差し支えない範囲で記入して下さい。							
<input type="checkbox"/> 労働者(患者)からの申出手続、申出に対する対応方法				<input type="checkbox"/> 「職場復帰プラン」の策定と実施			
<input type="checkbox"/> 休暇制度、勤務制度の整備				<input type="checkbox"/> 障害が残る場合の対応			
<input type="checkbox"/> 主治医の意見書(診断書)				<input type="checkbox"/> 両立支援に関する意識啓発のための研修(対象者 人)			
<input type="checkbox"/> 就業上の措置、治療に対する配慮				<input type="checkbox"/> 健康情報の取扱い、情報管理体制			
<input type="checkbox"/> 「両立支援プラン」の策定と実施							
相談したい事項の具体的内容							
※支援センター記入欄 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 担当 (促進員・相談員)							

本書をFAXにて送信ください。 FAX番号 029-227-1335

茨城産業保健総合支援センター