「治療と仕事の両立支援」利用申込書

年　　月　　日

事業場名		労働者数	名
所在地	（〒　　－　　）		
業　　種		業務内容	
担当者 職名・氏名	職名　　（フリガナ） 氏名		
連絡先	電　話		FAX

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。

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構　山形産業保健総合支援センター

FAX：023-624-5250

※ 本書をFAXにて送信ください、おって当センターからご連絡いたします。

※ この申込書にご記入いただいた内容は当センター業務にのみ使用し、第三者へ提供することはありません。