

「治療と仕事の両立支援」申込書（事業場用）

令和 年 月 日

事業場名				
業 種	事業内容	労働者数	人	
所 在 地	〒			
	T E L		F A X	
担 当 者	部署名	氏 名		
	E-mail			
	職 種 等	<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（ ）		
支援(訪問) 希望日	第1希望	令和 年 月 日 ()	第2希望	令和 年 月 日 ()
		時 分 ~		時 分 ~
	第3希望	令和 年 月 日 ()	第4希望	令和 年 月 日 ()
		時 分 ~		時 分 ~

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： ）

啓発セミナー

*ガイドライン等の普及・啓発を目的とした事業者等を対象とするセミナーです。

出張相談・個別調整支援（労働者（患者）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相談対応・アドバイスします。

- 1 両立支援の進め方
- 2 主治医等への相談
- 3 労働者（患者）との治療に対する配慮の検討
- 4 就業上の措置についての検討
- 5 両立支援プランの作成
- 6 職場復帰支援プランの作成
- 7 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 **佐賀産業保健総合支援センター**

〒840-0816 佐賀県佐賀市駅南本町6-4 佐賀中央第一生命ビル4 F TEL : 0952-41-1888

FAX : 0952-41-1887

※本書をFAXにて送信してください。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、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。

2019年5月