

治療と仕事の両立支援 申込書

令和 年 月 日

申込者 (相談者)	(フリガナ) 氏 名		属性	<input type="checkbox"/> 労働者 (患者)
	T E L			<input type="checkbox"/> 患者の家族等
	職 種			<input type="checkbox"/> その他 ()
	E-mail			
	医療機関名			
所属事業場	名 称			
	業 種		T E L	
	住 所	〒		
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、下欄から希望する番号に○印を付けてください。

相談対応

- 1 病気・治療に関すること 2 休職に関すること 3 利用可能な支援制度
 4 主治医の意見書に関すること 5 仕事に関する情報の提供書に関すること
 6 復職に関すること (職場復帰支援プランを含む)
 7 治療中の働き方に関すること (両立支援プランを含む)
 8 両立支援の進め方 9 職場への報告方法 10 人事労務担当者等との調整方法
 11 その他 (具体的に:)

個別調整支援 (労働者 (患者) ご本人の同意が必要です)

*専門スタッフが医療機関や事業場等を訪問し、相談対応、助言、連絡調整等を行います。

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

FAX : 0952-41-1887

※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。