

# 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	<input type="checkbox"/> 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。
<p><input type="checkbox"/> <b>相談対応</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>6 復職に関すること (職場復帰支援プランを含む)</p> <p>7 治療中の働き方に関すること (両立支援プランを含む)</p> <p>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</p> <p>11 その他 (具体的に: _____ )</p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>個別調整支援 (労働者 (患者) ご本人の同意が必要です)</b></p> <p>*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。</p> <p>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</p> <p>3 両立支援プランの作成                      4 職場復帰支援プランの作成</p> <p>5 主治医等への相談                      6 就業上の措置についての検討</p> <p>7 その他 (具体的に: _____ )</p>	

【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

## F A X : 0 9 5 2 - 4 1 - 1 8 8 7

※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。