「治療と仕事の両立支援」申込書（事業場用）

平成　　年　　月　　日

事業場名					
業　　種		事業内容		労働者数	人
所在地	〒				
	TEL		FAX		
担当者	部署名		氏　名		
	E-mail				
	職種等	□ 産業医　□ 保健師・看護師　□ 事業主 □ 労務管理担当　□ 衛生管理者　□ 労働者（患者） □ その他（　　）			

支援(訪問)希望日	第1希望	平成　年　月　日（　） 時　分 ～	第2希望	平成　年　月　日（　） 時　分 ～
	第3希望	平成　年　月　日（　） 時　分 ～	第4希望	平成　年　月　日（　） 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４Ｆ　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は、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。

2018年12月