治療と職業生活の両立支援申込書

平成　　年　　月　　日

事業場名					
業　　種		事業内容		労働者数	人
所 在 地	〒				
連 絡 先	医療機関名		部署名		
	氏　名		TEL		
	E-mail		FAX		
	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) ☐ MSW　☐ 労働者(患者)の家族等　☐ その他（　　）			

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**

＊専門スタッフが事業場を訪問し、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（管理監督者や労働者等に対する意識啓発）
2 事業場内体制の整備
3 事業場内規程等の整備
4 勤務制度、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）

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

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**

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。