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		部署等		
	氏　　名		TEL		
	E-mail		FAX		
	職 種 等	□ 労働者（患者）　□ 医師・看護師・MSW　□ 事業主 □ 人事労務担当者　□ 産業医・保健師　□ 衛生管理者 □ 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。

□ 出張相談・個別調整支援（ご本人の同意が必要）

＊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：　　）

□ 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助言します。

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。

【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。