

# 産業保健実地相談申込書

令和 年 月 日

岩手産業保健総合支援センター 所長 殿

下記のとおり岩手産業保健総合支援センター産業保健相談員による実地相談を申し込みます。

事業場名		労働者数	男 女	名 名	計 名
所在地 連絡先等	(〒 - ) 電話： - - FAX： - -				
担当者職氏名		産業医氏名			
事業概要					
訪問希望日	第1希望	令和 年 月 日 (午前 / 午後)			
	第2希望	令和 年 月 日 (午前 / 午後)			
相談希望事項 (該当区分に○印及び内容を記入してください。) ※該当区分が不明な時は1頁を参考にしてください。					
A. 労働衛生管理体制の確立、労働衛生管理活動について (概略記入)					
B. 作業環境管理の推進について (概略記入)					
C. 作業管理の推進について (概略記入)					
D. 健康管理の推進について (概略記入)					
E. その他 (受動喫煙防止、快適な職場環境の形成) (概略記入)					

◇この申込書にご記入いただいた内容は当センター業務にのみ使用し、第三者に提供することはありません。

◇申込書受付後センターよりご連絡差し上げます。

## 独立行政法人労働者健康安全機構 岩手産業保健総合支援センター

〒020-0045 盛岡市盛岡駅西通2-9-1 マリオス14F  
電話：019-621-5366 / FAX：019-621-5367  
ホームページ：<https://www.iwates.johas.go.jp/>  
E-mail：iwate@iwates.johas.go.jp