

「治療と仕事の両立支援」利用申込書(事業場用)

令和 年 月 日

事業場名		労働者数		名
代表者 職名・氏名	職名 ㊦がナ (氏名)			
所在地	(〒 -) (電話) (FAX)			
業 種		業務内容		
担当者 職名・氏名	職名 ㊦がナ (氏名)			
連絡先	電 話		FAX	
希望する場所	<input type="checkbox"/> 事業場 (訪問) <input type="checkbox"/> 産業保健総合支援センター (来所) <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望する 支援内容等	1. 研修・セミナー 2. 個別訪問支援 3. 相談 4. 個別調整支援 5. 情報提供 6. その他 ()			
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)
そ の 他 連絡事項等				

本書をFAXにて送信ください。追って当センターからご連絡いたします。

FAX : 019-621-5367

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、第三者へ提供することはありません。

独立行政法人労働者健康安全機構

〒020-0045

岩手産業保健総合支援センター

盛岡市盛岡駅西通二丁目9番1号マリオス14階
TEL 019-621-5366 FAX 019-621-5367
E-mail iwate@iwates.johas.go.jp
ホームページ <https://www.iwates.johas.go.jp/>