

「治療と仕事の両立支援」利用申込書(事業場用)

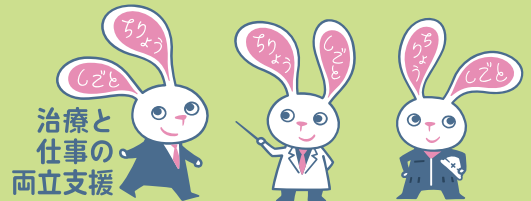
令和 年 月 日

| | | | | |
|--|---|--------------|-------|----|
| 事業場名 | | 労働者数 | | 名 |
| 代表者 職氏名 | 職名 | フリガナ | 氏名 | |
| 所在地 | (〒 ー) | | | |
| | (電話) | | (FAX) | |
| 業 種 | | 業務内容 | | |
| 担当者 職氏名 | 職名 | フリガナ | 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 日 | 第1希望 | 令和 年 月 日 () | 時 | 分~ |
| | 第2希望 | 令和 年 月 日 () | 時 | 分~ |
| 両立支援に関する取り組みについて支援いたします。希望する内容に○をつけてください。 | | | | |
| ① 社内研修・セミナー | | | | |
| ② 訪問支援 (社内制度の整備、就業規則の見直し、両立支援の進め方、管理監督者への教育支援など) | | | | |
| ③ 個別調整支援 (労働者[患者]を中心に医療機関・事業場との間で情報共有、調整支援、両立支援プラン作成支援など) | | | | |
| ④ その他 | | | | |

本書をFAXにて送信してください。
折り返しご連絡いたします。

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

岩手産業保健総合支援センター

〒020-0045

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/>