

産業保健実地相談申込書

令和 年 月 日

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等による実地相談を申し込みます。

事業場名		※記入必須 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。)						
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

E-mail : iwate@iwates.johas.go.jp

※産保センター使用欄

《対応者》

・相談員
・保健師
・工学専門員

《地産保》

《対応者》	《地産保》
・相談員 ・保健師 ・工学専門員	