

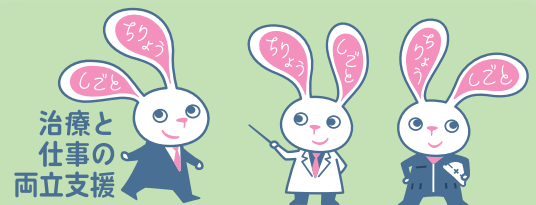
「治療と仕事の両立支援」利用申込書（事業場用）

令和 年 月 日

事業場名		労働者数		名
代表者 職名・氏名	職名 フリガナ (氏名)			
所在地	(〒 -) (電話) (FAX)			
業 種		業務内容		
担当者 職名・氏名	職名 フリガナ (氏名)			
連絡先	電 話		F A X	
希望する場所	<input type="checkbox"/> 事業所（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	（ 午前 / 午後 ）	
	第2希望	令和 年 月 日	（ 午前 / 午後 ）	
<p>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。</p> <p>① 社内研修・セミナー （管理監督者・産業保健スタッフ・人事労務担当者への教育支援など）</p> <p>② 訪問支援 （病気・治療に関すること、休職・復職に関すること、治療中の働き方に関すること、 利用可能な支援制度、事業場内体制・規定などの整備、両立支援の進め方など）</p> <p>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）</p> <p>④ その他</p>				

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/>