

年 月 日

港地域産業保健センター長 殿

事業者団体の長

又は

事業場の代表者

印

## 特定健康相談・面接指導等登録申込書

下記のとおり、登録の申し込みをいたします。

### 記

事業所名		業 種	
事業所所在地	〒 TEL	従業員数	名
担当者	住所： 所属： 氏名： TEL： FAX： メールアドレス：		
利用内容	① 労働者の健康管理（メンタルヘルスを含む）に係る相談 ② 健康診断の結果についての医師の意見聴取 ③ 長時間労働者に対する面接指導 ④ 高ストレス者に対する面接指導 ⑤ 個別訪問指導 ⑥ その他（ ）		
特記事項			

※ 利用内容欄は①～⑥の該当する項目に○をつけてください。

※ 特記事項欄には、事業場の現況、申し込みをするに至った経緯、ご希望事項等をご記入ください。

※ 「健康診断の結果についての医師の意見聴取」のみの個別訪問指導は行っておりません。