

# 治療と職業生活の両立支援申込書

平成 年 月 日

事業場名							
業種			事業内容			労働者数	人
所在地	〒						
	TEL				FAX		
担当者	部署名				氏名		
	E-mail						
	職種	<input type="checkbox"/> 産業医		<input type="checkbox"/> 保健師・看護師		<input type="checkbox"/> 事業主	
		<input type="checkbox"/> 労務管理担当		<input type="checkbox"/> 衛生管理者		<input type="checkbox"/> 労働者（患者） <input type="checkbox"/> その他 )	
希望する支援内容 <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。							
<input type="checkbox"/> 個別訪問支援 ＊担当者が事業場を訪問し、両立支援に関する制度の導入等についてアドバイスします。 1 管理監督者向け両立支援教育（事業場の管理監督者や労働者等に対し、意識啓発を行うセミナー） 2 事業場内体制の整備 3 事業場内規程等の整備 4 事業場の勤務、休暇制度の整備 5 両立支援の進め方 6 両立支援に係る情報提供 7 その他（具体的に： )							
<input type="checkbox"/> 啓発セミナー ＊ガイドライン等の普及・啓発を目的とした事業者等を対象とするセミナーです。							
<input type="checkbox"/> 個別調整支援（ご本人の同意が必要） ＊事業場と労働者（患者）間の、仕事と治療の両立についてアドバイスします。 1 労働者（患者）との治療に対する配慮の検討    2 両立支援の進め方 3 両立支援プランの作成 4 職場復帰支援プランの作成 5 主治医等への相談 6 就業上の措置についての検討 7 その他（具体的に： )							

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 鹿児島産業保健総合支援センター

**FAX : 099-252-8003**

※申込書受領後、当センターからご連絡いたします。

※この用紙に記載された個人情報、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。