

# 治療と仕事の両立支援申込書

令和 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  にチェックを入れ、希望する番号に○印を付けてください。

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： )

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。

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は、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。