



旭川地域産業保健センター 健康相談窓口申込用紙

事業所名

事業所所在地

電話番号	担当者様名 / 担当業務
------	--------------

業種および事業の概要

労働者数 男性 () 名	労働者数 女性 () 名	労働者数 合計 () 名
------------------------	------------------------	------------------------

相談内容

下記に該当するものがあれば、✓マークをつけてください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 法定健康診断の実施に関する事項 | <input type="checkbox"/> 6. B型・C型肝炎に関する事項 |
| <input type="checkbox"/> 2. 検診結果有所見者に対する就業上の措置に関する事項 | <input type="checkbox"/> 7. 日常生活における健康保持増進の方法に関する事項 |
| <input type="checkbox"/> 3. 健診結果に基づく保健指導に関する事項 | <input type="checkbox"/> 8. 長時間労働者への面接指導（過重労働による健康障害防止） |
| <input type="checkbox"/> 4. 病後、復職後の健康管理に関する事項 | <input type="checkbox"/> 9. 作業環境管理、作業管理に関する事項 |
| <input type="checkbox"/> 5. メンタルヘルスに関する事項 | <input type="checkbox"/> 10. その他（具体的な相談内容を記入して下さい） |

10. その他（具体的な相談内容を記入して下さい）

旭川地域産業保健センターへのFAXによる申し込みは、担当コーディネーターまで

FAX 0166-23-6007