

宮城産業保健総合支援センターあて  
(FAX022-267-4283)

ご相談・照会フォーム(FAX用)									
事業場又は団体名 (個人の場合は不要です)					ご担当職氏名 (お名前)				
所在地	〒								
電話番号 (連絡先)				FAX			E-mail (メール回答を希望する場合のみ)		
業種	<input type="checkbox"/> 製造業	<input type="checkbox"/> 建設業	<input type="checkbox"/> 運送業	<input type="checkbox"/> サービス業	<input type="checkbox"/> その他				
事業場規模	<input type="checkbox"/> 1000人以上	<input type="checkbox"/> 300~999人	<input type="checkbox"/> 100~299人	<input type="checkbox"/> 50~99人	<input type="checkbox"/> 50人未満				
ご相談者の職種	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	産業医	保健師	看護師	事業主	労務管理担当	衛生管理者	産業保健 関係機関	労働者	家族 (その他)
ご相談の概要	<input type="checkbox"/> 産業保健相談員に対する相談				<input type="checkbox"/> 研修・セミナーに対するお問合せ				
	<input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策(ストレスチェック含む)に関するお問合せ				<input type="checkbox"/> その他				
具体的 相談 内容	相談・照会事項								
	センター記載欄	1、受理日時( )年( )月( )日 ( )時 一次対応者名( )						受理NO	
2、対応相談員名( )									
	3、回答日時( )年( )月( )日 ( )時 対応者名( )								
	備考								