

治療と仕事の両立支援申込書

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				
訪 問 希 望 日	第1希望	年	月	日()	午前	午後
	第2希望	年	月	日()	午前	午後
	第3希望	年	月	日()	午前	午後

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

*両立支援に精通したスタッフが事業場を訪問し、両立支援に関する制度導入の支援をします。

- 1 治療と仕事の両立への理解を促す教育の実施（衛生委員会での啓発教育も実施します）
- 2 休暇制度、勤務制度の導入への助言・支援等
- 3 両立支援の対応手順、関係者の役割の整理についての助言・支援等
- 4 その他（具体的に： _____)

個別調整支援（労働者本人の同意が必要）

*事業場と患者(労働者)間の、仕事と治療の両立に関する調整支援を行い、両立支援プラン・職復帰支援プランの作成等について助言・支援します。

研修の実施（講師を派遣し研修を実施します）

*ガイドライン等の普及・啓発を目的とした研修です。

事業者等の参集する「研修会」等に無料で講師を派遣します。

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 宮城産業保健総合支援センター

FAX：022-267-4283

※申込書受理後、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。

(令和元年5月)