

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】 東京労災病院 両立支援相談窓口

FAX : 03 - 6423 - 2276

※申込書受領後、当院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。