

# 「地域産業保健センター」は労働者50人未満の 小規模事業場を支援します。

(独) 労働者健康安全機構 和歌山産業保健総合支援センター  
**地域産業保健センター (県内5か所)**

健康診断の有所見者に対して

ストレスチェック後の高ストレス者や長時間労働者への

◆ 医師からの意見聴取

◆ 医師による面接指導

**\* 労働安全衛生法で事業者の義務とされています。**

医師または保健師による

◆ 「からだ」と「こころ」の  
健康管理について相談  
(健康相談)

医師または保健師による

◆ 産業保健指導

医師または保健師の個別訪問による

◆ 職場の作業管理、  
作業方法などの  
改善のための支援  
(職場巡視)

## 【申込方法】

**すべて無料**

事業場の所在地にある地域産業保健センターが窓口担当となります。

下記の担当地域産業保健センターへ電話・FAXもしくはメールでお申込みください。

**\* FAXで申込の際は、裏面申込書に必要事項を記入の上、各担当へFAXしてください。**

地域窓口	電話・FAX	メールアドレス
和歌山市・海南地域 (和歌山市医師会内)	TEL : 073-431-1119 FAX : 073-488-7000	wakayamakainan- 2@wakayamas.johas.go.jp
日高・有田地域 (日高医師会館内)	TEL : 0738-22-5344 FAX : 0738-52-7336	hidakaarida@wakayamas.johas.go.jp
伊都・那賀地域 (那賀医師会館内)	TEL : 0736-78-3875 FAX : 0736-78-3896	itonaga@wakayamas.johas.go.jp
田辺地域 (田辺市医師会館内)	TEL : 080-7303-4088 FAX : 0739-25-8052	tanabe@wakayamas.johas.go.jp
紀南地域 (尾崎ビル内)	TEL : 0735-21-3313 FAX : 0735-21-3313	kinan- sanpocenter@ec4.technowave.ne.jp

健康相談・面接指導 利用申込書

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	(男： 人) (女： 人) (計： 人)
	事業内容	
	代表者	職名： 氏名：
	担当者	職名： 氏名： 電話： FAX：
	企業の情報※	企業名 ( ) 労働者数 ( 人) 産業医数 ( 人) うち 総括産業医 ( 有 ・ 無 )
相談内容 (希望するものに○)	1 健康相談(脳・心臓疾患リスク者保健指導) (対象者 名) 2 健康相談(メンタルヘルス不調者相談・指導) (対象者 名) 3 健康相談(ストレスチェック相談・指導) (対象者 名) 4 健康相談(その他) (対象者 名) 5 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 6 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 7 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 8 その他 ( ) (対象者 名)	
事業場訪問	1 希望する 2 希望しない	
その他連絡事項等		

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。  
 なお、本事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。(平成31年度から適用)

※ 「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総合的に指導を行う産業医のことを指します。

※ 労働者本人からの申込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名を記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。

※ 本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。

※ 副業・兼業に関する相談は様式地1-2(例)を使用すること。

\* 下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

チェック欄  
はい いいえ

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1 全項目に漏れなく記入しています。              | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 事業場は50人未満です。                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 当社に総括産業医は居ません。                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 健康相談・面接指導は治療目的ではないことを理解しています。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意します。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6 上記に相違ありません。                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |