

申 込 先	申 込 F A X 番 号
東部地域産業保健センター	0857-22-2754
中部地域産業保健センター	0858-23-2651
西部地域産業保健センター	0859-34-6252
鳥取産業保健総合支援センター	0857-25-3432

## 個別訪問支援申込書

事業場名			
所在地	〒 電話: FAX:		
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:	
本社、親企業等の情報※	本社、親企業等の名称: ( )		
	事業場の属する本社、親企業等の全労働者数: ( )人		

支援希望内容（希望する項目の□に✓を入れてください。）

- 1 登録産業医による健康相談等（労働者50人未満事業場）
- 2 登録保健師による健康相談等（労働者50人未満事業場）
- 3 労働衛生工学専門員による作業環境管理等の助言等（労働者50人未満事業場）

就業する事業場は労働者数50人未満ですか？  はい  いいえ  
(該当する方の□に✓を入れてください。)

支援希望日	第1希望日		希望時間帯	
	第2希望日		希望時間帯	

その他連絡事項等	
----------	--

※申込事業場が企業の支店、営業所、工場や子会社等の場合、当該企業又は親企業の情報をご記入ください。

※本用紙に記載された個人情報は、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。

おって地域産業保健センターもしくは鳥取産業保健総合支援センターから訪問日時等について、調整の連絡をいたします。