

治療と仕事の両立支援利用申込書

申込フォーム



※鳥取産業保健総合支援センターホームページの申込フォームからも申込可能です。

年 月 日

相談者 (申込者)	氏名	☐ 労働者(患者) ☐ 労働者(患者)の家族 ☐ 事業場担当者 ☐ その他		
	電話	() —		
	E-mail			
ご希望の相談内容 ☐ に✓を入れてください。(複数選択可)				
☐ 両立支援の進め方 ☐ 主治医等への相談 ☐ 就業上の配慮や配置について ☐ 両立支援プランの作成 ☐ その他(具体的に:)				
ご希望の相談場所 ☐ に✓を入れ、希望日時をご記入ください。				
☐ 鳥取産業保健総合支援センター ☐ 鳥取県立中央病院 ☐ 鳥取赤十字病院 ☐ 鳥取県立厚生病院 ☐ 野島病院 ☐ 鳥取市立病院 ☐ 鳥取大学医学部附属病院 ☐ 山陰労災病院 【希望日時 月 日 (曜日) : ~ 】				
促進員・相談員が、事業場に訪問し、事業場と労働者(患者)間の、治療と仕事の両立に関する個別の調整支援を行うことも可能です。希望される方は以下の欄もご記入ください。 ※後日、労働者(患者)ご本人及び事業者双方の同意書の提出が必要です。				
事業場情報	所在地	〒		
	名称			
	電話		FAX	
	業 種		事業内容	
ご希望の支援内容 ☐ に✓を入れてください。(複数選択可)				
☐ 両立支援の進め方 ☐ 両立支援に係る情報提供 ☐ 就業上の配慮や配置について ☐ 両立支援プランの作成 ☐ 事業場内規程の整備 ☐ 事業場の勤務、休暇制度の整備 ☐ その他(具体的に:)				

・申込書受領後、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は、治療と仕事の両立支援事業の目的以外には使用いたしません。

【申込先】

独立行政法人労働者健康安全機構

鳥取産業保健総合支援センター

FAX 0857-25-3432

(R8.1)