

健康保持増進のための職場訪問支援申込書

年 月 日

事業所名			労働者数	人
所在地				
	TEL		FAX	
担当者	部署名			氏名
	職種	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 産業看護職 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 人事・労務担当者 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	e-mail			
業種			業務内容	
訪問希望日	事前打ち合わせ(事業場の健康課題の絞り込みについてのヒアリング)			
	第1希望日	令和	年 月 日()	時間帯 : ~ :
	第2希望日	令和	年 月 日()	時間帯 : ~ :
	実施支援(専門家が実際に事業場に訪問する実地の指導・セミナー)			
	第1希望日	令和	年 月 日()	時間帯 : ~ :
	第2希望日	令和	年 月 日()	時間帯 : ~ :
支援を希望する職場の健康課題(該当する項目の□にレを入れてください。)				
<input type="checkbox"/> 転倒災害が増加している <input type="checkbox"/> 腰痛災害又は腰や膝などの痛みを訴える従業員が増加 <input type="checkbox"/> 病院・社会福祉施設で働く労働者を対象とした腰痛予防、移動・移乗技術の改善 <input type="checkbox"/> 転倒災害や腰痛災害を発生させない作業姿勢・作業環境・作業管理・健康管理等の改善 <input type="checkbox"/> 中高年労働者又は着座時間が長い労働者等を中心とした運動機能の向上 <input type="checkbox"/> メタボ従業員(生活習慣病・ハイリスク者)の増加 <input type="checkbox"/> 身体不調を訴える従業員が増えている <input type="checkbox"/> 労働災害防止のための働きやすい職場環境を実現したい <input type="checkbox"/> 身体活動・運動機会の増進や運動習慣の定着によって従業員の健康維持・増進を図りたい				
以上のほかに希望される支援の具体的内容がありましたら御記入下さい。				

申込先 FAX 075-212-2700