

登録事業場申込書

大田地域産業保健センター殿

(FAX 3777-7622)

平成 年 月 日

大田地域産業保健センターの登録事業場になることを申し込みます。

記

事業場名		代表者職氏名	
所在地	郵便番号 ()	担当者職氏名	
労働者数	男 名 女 名 計 名 (うちアルバイトパート 男 名 女 名 計 名)	安全衛生推進者 又は衛生推進者	
電話番号 FAX番号	() ()	一般健康診断 受診率	% (平成 年)
事業の種類		働く人の健康相談 コーナーを	利用した 利用していない

当センターに対する希望事項

該当するものがありましたらチェック を入れて下さい。

- 健康管理
 - 一般健康診断の事後措置
(健康診断結果に基づく措置 個人票の医師の意見)
 - 成人病の予防法
 - メンタルヘルスケア (個別指導・講演)
 - 過重労働による面接指導
 - 運動指導
 - 健康教育
- 衛生管理体制の作り方
- 日常の衛生管理活動の進め方
- 快適職場形成推進方法
- その他
 - 各種講演会
 - 職場巡視 (定期 月 月 月 不定期)