

嘱託産業医紹介依頼票

※紹介を依頼される場合は、他方面への求人など途中キャンセルの原因となる活動はご遠慮ください

申込日： 20 年 月 日

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 |             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
| 事業所名                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |             |  |
| 所在地                                                                                                                                                             | 〒 —                                                                                                                                                             |             |  |
| 代表者                                                                                                                                                             | 職名：                                                                                                                                                             | ふりがな<br>氏名： |  |
| 担当者                                                                                                                                                             | 職名：                                                                                                                                                             | ふりがな<br>氏名： |  |
|                                                                                                                                                                 | TEL ( ) —                                                                                                                                                       | FAX ( ) —   |  |
|                                                                                                                                                                 | メールアドレス：                                                                                                                                                        |             |  |
| 労働者数                                                                                                                                                            | 男性 ( 名 ) 女性 ( 名 ) 合計 ( 名 )                                                                                                                                      |             |  |
| 事業内容                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |             |  |
| 紹介期限の希望                                                                                                                                                         | 20 年 月 日までに<br>※ご要望に添えない場合もございますので、ご了承ください。                                                                                                                     |             |  |
| ご要望                                                                                                                                                             | 事業所訪問 定期 ( ヶ月に 回 ) ・ 不定期                                                                                                                                        |             |  |
|                                                                                                                                                                 | ( ) 産業医医療機関での健康診断実施<br>( ) 健康診断結果の意見聴取や面接指導<br>( ) 専門的立場からの就労上の判断<br>( ) 職場巡視＊<br>( ) ストレスチェック対応・高ストレス者への面接＊<br>( ) 衛生委員会への出席＊<br>( ) その他 ( )<br>＊50名以上の事業場では必要 |             |  |
| その他<br>(できるだけ詳しく<br>ご記入ください)                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |             |  |
| ※今回の産業医委嘱依頼の経緯について該当するものに○をお願いします。<br>( ) 従業員が50名以上になった(なる見通し)<br>( ) 既に50名以上だったが選任していなかった<br>( ) 労働基準監督署の指導を受けた<br>( ) 現在の産業医との交代(産業医の都合・自社の都合)<br>( ) その他 ( ) |                                                                                                                                                                 |             |  |
| 月額報酬は原則として「嘱託産業医報酬の目安」に基づき設定いただきます。                                                                                                                             |                                                                                                                                                                 |             |  |