**此花区医師会事務局行　FAX：0６-６４６２-３２６２**

**嘱託産業医紹介依頼書**

　　　　　　　　　　　　　　**申込日：令和　　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **事 業 所 名** |  |
| **所 在 地** | **〒　　　－** |
| **代 表 者** | **役名：** | **：** |
| **担 当 者** | **役名：** | **：** |
| **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** | **令和　　　年　　　月　　　日迄 ※ご要望に添えない場合もございますので、ご了承下さい。** |
| **要 望 事 項** | **事業所訪問　　定期（　　ヶ月に　　　回）　・　不定期** |
| **（　　）嘱託産業医の医療機関での健康診断実施****（　　）健康診断結果の意見聴取や面接指導****（　　）専門的立場からの就労上の判断****（　　）職場巡視 ※****（　　）ストレスチェック対応・高ストレス者への面接 ※****（　　）衛生委員会への出席 ※　　　　　　　　　　　※50名以上の事業場では必要****（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **そ の 他****（できるだけ詳しくご記入下さい）** |  |
| **※今回の嘱託産業医委嘱依頼の経緯について該当するものに〇をお願いします。****（　　）従業員が５０名以上になった(なる見通し)****（　　）既に５０名以上だったが選任していなかった****（　　）労働基準監督署の指導を受けた****（　　）現在の嘱託産業医との交代（嘱託産業医の都合・自社の都合）****（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **●月額報酬は、「嘱託産業医の報酬基準例(目安)」を参考に、当事者間で詰めて下さい。****●紹介を依頼される場合は、他(多)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下さい。** |

**＜お問合せ＞**

**此花区医師会事務局**

**TEL：０６－６４６２－０５７２／FAX：０６－６４６２－３２６２**