

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	〒 ー	
代表者	役名：	ふりがな 氏名：
担当者	役名：	ふりがな 氏名：
	TEL () ー	FAX () ー
	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	
	<input type="checkbox"/> 嘱託産業医の医療機関での健康診断実施 <input type="checkbox"/> 健康診断結果の意見聴取や面接指導 <input type="checkbox"/> 専門的立場からの就労上の判断 <input type="checkbox"/> 職場巡視 ※ <input type="checkbox"/> ストレスチェック対応・高ストレス者への面接 ※ <input type="checkbox"/> 衛生委員会への出席 ※ ※50名以上の事業場では必要 <input type="checkbox"/> 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○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