

「治療と仕事の両立支援」利用申込書

年 月 日

申込者 (相談者)	氏 名 (フリガナ)			属性	☐ 労働者（患者） ☐ 患者の家族等 ☐ その他（ ）
	電 話				
	職 種				
	E-mail				
	医療機関名				
所属事業場	名 称			TEL	
	業 種				
	住 所	〒			
支援（訪問） 希望日	第 1 希望	年 月 日（ ）	時 分～		
	第 2 希望	年 月 日（ ）	時 分～		
	第 3 希望	年 月 日（ ）	時 分～		
	第 4 希望	年 月 日（ ）	時 分～		

希望する支援	☐ 相談対応	
	1 病気・治療に関する事 2 休職に関する事 3 両立支援の進め方 4 復職に関する事(両立支援プランを含む) 5 利用可能な支援制度 6 治療中の働き方に関する事(両立支援プランを含む) 7 主治医の意見書に関する事 8 仕事に関する情報の提供書に関する事 9 職場への報告方法 10 人事労務担当者等との調整方法	
	☐ 個別調整支援（患者（労働者）ご本人の同意が必要です）	
	1 患者（労働者）との治療に対する配慮の検討 2 両立支援の進め方 3 両立支援プランの作成 4 職場復帰支援プランの作成 5 主治医等への相談 6 就業上の措置についての検討 7 その他（具体的に： ）	

- * あくまで患者(労働者)の主体性を重んじて、必要に応じて必要なアドバイスをしていきます
- * 「医療スタッフ」や「事業場」との連携をお手伝いします
- * 職場復帰に向け企業との交渉をしたり、その代理行為を請け負うものではありません
- * 希望通りの成果を約束するものではありません
- * 患者(労働者)の同意なく、「事業場」に連絡することはありません

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 山形産業保健総合支援センター

FAX：023-624-5250 メール：sanpo06-kenkou@yamagatas.johas.go.jp

- ※ 本書を FAX もしくはメールにて送信ください、おって当センターからご連絡いたします。
- ※ この申込書にご記入いただいた内容は当センター業務にのみ使用し、第三者へ提供することはありません。