

令和 年 月 日

**治療と仕事の両立支援事業
個別訪問支援申込書**

☆希望日時は、第3希望までご記入ください。(支援は無料、研修は1回限り)
☆申込み後、日程調整等の連絡を差し上げます。(支援希望事項に○を付して下さい)

申込者氏名		所属・役職	
申込者の職種	1. 産業医 2. 保健師・看護師 3. 事業主 4. 労務管理担当者 5. 衛生管理者 6. 産業保健関係者 7. その他()		
事業所 又は 団体名	名 称	TEL	
	所 在 地	FAX	
		E-mail	
	業 務 内 容	従業員数	名
個別訪問支援 の 項目 (支援を受けたい項目に○を付して下さい)			
1. 両立支援に関する意識啓発の手法			
2. 教育研修の実施【管理監督者、労働者、他()】 ※下欄の研修場所、対象者、パワーポイントの使用について記入して下さい。			
3. 事業場内体制の整備		4. 事業場内の規程等の整備	
5. 勤務制度・休暇制度の整備		6. 両立支援の進め方	
7. 両立支援プランの作成		8. 職場復帰支援プランの作成	
9. 両立支援に係る情報提供(具体的に)			
10. その他支援希望事項()			
支援 又は 研修 希望日時	第1希望 令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分		
	第2希望 令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分		
	第3希望 令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分		
支援又は研修場所	自社会議室 ・外部会場(名称:) (所在地:)		
研修の場合 受講対象者	管理職 _____ 名 その他 _____ 名	受講予 定者数	約 _____ 名
研修の場合 パワーポイントの使用	可 ・ 不可(○を付す) 機器の有無(プロジェクター・パソコン・スクリーン) _____		
備考 (その他希望事項)			