

化学物質管理他衛生分野の無料訪問サービス

愛知産業保健総合支援センターではリスクアセスメント、SDS、保護具管理をはじめ、労働安全衛生法改正による「新たな化学物質規制」他労働衛生のお困りごとについて専門家（労働衛生コンサルタント）を無料で御社に派遣し、相談に対応します。例えば以下の内容でお困りの際はご相談ください。

- ①当社では化学物質管理についてまず何を始めたらいいいのか分からないので相談したい
- ②当社の化学物質管理について適切かどうかチェックしてほしい
- ③リスクアセスメントのやりかたが分からない
- ④作業環境測定の実施区分を下げたい
- ⑤保護具の取り扱いについて
- ⑥職場環境のチェック及び環境改善について

※原則無料訪問サービスは1回、最大3時間までとなります。



申込書は QR コードからダウンロードをお願いします。



腰痛・転倒防止のための無料訪問サービス

50歳以上を中心に、転倒による骨折等の労働災害が増加し続けています。また社会福祉施設や医療保健業が含まれる保健衛生業においては、平成5年以降、腰痛に係る労働災害発生件数が増加を続けています。愛知産業保健総合支援センターでは職場の転倒災害、腰痛の労働災害防止に取り組もうとする事業場について、専門家が事業場に訪問し、無料で支援を行います。

支援内容は以下のとおりです。

- ①転倒防止のためのバランス運動
- ②腰痛予防のための運動
- ③職場で出来るストレッチ体操
- ④メタボ改善に向けた運動指導
- ⑤作業姿勢の改善や適切な作業管理、作業環境改善などの職場環境のチェック
- ⑥高齢労働者向け体力チェック（筋力低下を理解して、転倒予防）
- ⑦腰痛・転倒防止理解促進のための社内体制づくり

※原則無料訪問サービスは1回、最大3時間までとなります。



申込書はQRコードからダウンロードをお願いします。





FAX 052-950-5377



化学物質管理（衛生分野）支援 利用申込書 （R 年 月 日）

【お申込先】 独立行政法人 労働者健康安全機構 愛知産業保健総合支援センター

☒メール info@aichis.johas.go.jp ☎ TEL 052-950-5375

事業場	(フリガナ) 事業場名			
	所在地	〒		
	労働者数	男： 人	女： 人	合計： 人
	業務内容（業種）			
	担当者 連絡先	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 人事労務 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ <input type="checkbox"/> その他 担当者氏名 _____, 電話 _____, メールご連絡先： _____,		

※ 本事業を知ったきっかけ 希望する番号に○印を付けて下さい。

・ホームページ閲覧 ・イベント・セミナー参加 ・紹介（社労士等・知人・その他）

【希望する支援内容】

- ① 当社では化学物質管理についてまず何を始めたらいいのかわからないので相談したい
- ② 当社の化学物質管理について適切かどうかチェックしてほしい
- ③ リスクアセスメントのやりかたがわからない
- ④ 作業環境測定の管理区分を下げたい
- ⑤ 保護具の取り扱いについて
- ⑥ 職場環境のチェック及び環境改善について
- ⑦ その他（ ）

その他連絡事項

※お申込内容を確認し、後日担当者からご連絡をさせていただきます。

本用紙に記載された個人情報は、産業保健活動支援事業の目的以外には使用いたしません。



FAX 052-950-5377



腰痛・転倒防止支援 利用申込書 (R 年 月 日)

【お申込先】 独立行政法人 労働者健康安全機構 愛知産業保健総合支援センター

☒メール info@aichis.johas.go.jp ☎ TEL 052-950-5375

事業場	(フリガナ) 事業場名			
	所在地	〒		
	労働者数	男： 人	女： 人	合計： 人
	業務内容(業種)			
	担当者 連絡先	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 人事労務 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ <input type="checkbox"/> その他 担当者氏名 _____, 電話 _____, メールご連絡先： _____,		

※本事業を知ったきっかけ 希望する番号に○印を付けて下さい。

・ホームページ閲覧 ・イベント・セミナー参加 ・紹介(社労士等・知人・その他)

【希望する支援内容】

- ① 転倒防止のためのバランス運動
- ② 腰痛予防のための運動
- ③ 職場で出来るストレッチ体操
- ④ メタボ改善に向けた運動指導
- ⑤ 作業姿勢の改善や適切な作業管理、作業環境改善などの職場環境のチェック
- ⑥ 高齢労働者向け体力チェック(筋力低下を理解して、転倒予防)
- ⑦ 腰痛・転倒防止理解促進のための社内体制づくり

その他連絡事項

※お申込内容を確認し、後日担当者からご連絡をさせていただきます。

本用紙に記載された個人情報は、産業保健活動支援事業の目的以外には使用いたしません。



FAX 052-950-5377



治療と仕事の両立支援 利用申込書 (R 年 月 日)

【お申込先】 独立行政法人 労働者健康安全機構 愛知産業保健総合支援センター

✉メール ryouritu-s@aichis.johas.go.jp ☎ TEL 052-950-5375

事業場・労働者・共通	(フリガナ) 事業場名			
	所在地	〒		
	事業場規模	<input type="checkbox"/> 1000人以上 <input type="checkbox"/> 300~999人 <input type="checkbox"/> 100~299人 <input type="checkbox"/> 50~99人 <input type="checkbox"/> 50人未満 <input type="checkbox"/> 不明	労働者数	人
	業務内容(業種)			
	相談者氏名 連絡先	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 人事労務 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ <input type="checkbox"/> その他 氏名： _____, メール： _____, 電話： _____, FAX _____		

※本事業を知ったきっかけ 該当項目□にチェック✓を入れ、希望する番号に○印を付けて下さい。
病院でチラシを見た ホームページ閲覧 イベント・セミナー時に知った 紹介()

【希望する支援内容】

- 両立取組み状況 該当者なし 支援をしたことは無いが興味がある 不明
- ご相談 個別相談なし 個別相談あり 同意あり(事業者・労働者)
↳ ※個別調整支援には双方の同意が必要
- 資料請求 ①「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」(部)
②「企業・医療機関連携マニュアル」(部)
- 訪問支援 社内ルールや体制づくりについて
社内啓発セミナーの実施
個別調整支援(主治医との連携調整、両立支援プラン作成助言)



支援希望日	第一希望日：R 年 月 日 時	第二希望日：R 年 月 日 時
その他 連絡事項		

※お申込内容を確認し、後日担当者からご連絡をさせていただきます。

本用紙に記載された個人情報、産業保健活動支援事業の目的以外には使用いたしません。



FAX 052-950-5377



メンタルヘルス対策支援 利用申込書 (R 年 月 日)

【お申込先】 独立行政法人 労働者健康安全機構 愛知産業保健総合支援センター

☒メール mentalh-s@aichis.johas.go.jp ☎ TEL 052-950-5375

事業場・労働者・共通	(フリガナ) 事業場名			
	所在地	〒 <input type="checkbox"/> 本社・本店		
	事業場規模	<input type="checkbox"/> 1000人以上 <input type="checkbox"/> 300~999人 <input type="checkbox"/> 100~299人 <input type="checkbox"/> 50~99人 <input type="checkbox"/> 50人未満 <input type="checkbox"/> 不明	労働者数	人
	業務内容(業種)			
	相談者氏名 連絡先	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 人事労務 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ <input type="checkbox"/> その他 氏名： _____, メール： _____, 電話： _____, FAX _____		

※本事業を知ったきっかけ 該当項目□にチェック✓を入れ、希望する番号に○印を付けて下さい。

ホームページ閲覧
イベント・セミナー参加
紹介 (_____)

【希望する支援内容】

1 事業場の体制づくり支援

- ① こころの健康づくり計画策定
- ② ストレスチェック制度の導入 (小規模事業場に限る)
- ③ ストレスチェック集団分析結果を活用した職場環境改善

2 職場のメンタルヘルス対策

- ①メンタルヘルス不調者への対応方法
- ②職場復帰支援

3 教育 (管理監督者 ・ 若年労働者)



その他連絡事項

※お申込内容を確認し、後日担当者からご連絡をさせていただきます。

本用紙に記載された個人情報、産業保健活動支援事業の目的以外には使用いたしません。



健康相談・面接指導 利用申込書 (R 年 月 日)

【お申込先】 _____ 地域産業保健センター

*お申込事業場を担当するセンター

事業場	(フリガナ) 事業場名		
	所在地	〒 _____	
	労働者数	(男: _____ 人)	(女: _____ 人) (計: _____ 人)
	事業内容		
	代表者	職名: _____ 氏名: _____	
	担当者	職名: _____ 氏名: _____ 電話: _____ FAX: _____	
	企業の情報*	企業名 (_____) 本社の有無 (有 ・ 無) 労働者数 (_____ 人) 産業医数 (_____ 人) うち 総括産業医 (有 ・ 無)	
相談内容 (希望するものに○)	1 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導) (対象者 名) 2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導) (対象者 名) 3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導) (対象者 名) 4 健康相談 (その他) (対象者 名) 5 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 6 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 7 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 8 その他 (_____) (対象者 名)		
地域窓口の利用	<input type="checkbox"/> 新規 (直近2年間利用無) <input type="checkbox"/> それ以外		
その他連絡事項等	労働基準監督署の文書指導 【有・無 (R 年 月 日)】		

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。

なお、本事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。(平成31年度から適用)

※ 「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総括的に指導を行う産業医のことを指します。

※ 労働者本人からの申込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名を記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。

※ 副業・兼業労働者 (2つ以上の事業者者に雇用されている人で、いずれも「常時使用する労働者」となっていない人) の相談は、専用の申込書を使用してください。

*下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

- 全項目に漏れなく記入しています。
- 事業場は50人未満です。
- 当社に総括産業医は居ません。
- 健康相談・面接指導は治療目的ではないことを理解しています。
- 本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意します。
- 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「保健指導結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。」
- 上記に相違ありません。

チェック欄
はい いいえ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>