嘱託産業医活動情報書

沖縄県医師会では、産業医としての契約を希望される先生方へ、紹介依頼のあった事業場をご案内いたします。ご登録を希望される場合は、下記事項に記入いただき提出をお願い致します。
※事業場との契約内容（報酬等）については、事業主と産業医の相談により決定となります。
※本情報書に記載いただいた内容については、事業場へお伝えいたしますので、予めご了承ください。

申込み日　　年　　月　　日（　　）

ふりがな		診療科目	
産業医氏名			
医療機関名		希望連絡方法	□ メール　□ 電話
住　　所			
電話番号		ＦＡＸ	
メールアドレス			
所属医師会名	県	地区医師会名	
	□　所属なし　　※本会会員以外の先生は医師免許証の写しを提出願います。		

嘱託産業医を受託する際のご希望をお聞かせ下さい。

項　　目	ご　希　望　条　件
実施可能件数	1件　　・2件　　・3件　　・4件　　・5件以上
事業所規模	従業員数 ①５０人～９９人　②１００人～１４９人　③１５０人以上
業種について	①建設業　②製造業　③運送業　④サービス業 ⑤ＩＴ業　⑥その他（　　）　⑦特になし
活動希望地区	①北部　②中部　③南部　④那覇市内　⑤本島全域　⑥離島可
事業所への訪問、実施曜日（事業所訪問は基本月1回）	①企業の都合に合わせる　②双方相談のうえ調整
活動可能な曜日・時間について	①　月・火・水・木・金・土・日 ②第（　　）＿＿＿曜日　　③指定なし 希望時間帯（午前　・　午後　・　＿＿＿時以降　・　特になし　）
ストレスチェックの**実施者**になることについて	①　承諾する　　②承諾しない　　③要相談
ストレスチェックの**共同実施者**になることについて	①　承諾する　　②承諾しない　　③要相談
ストレスチェック後の高ストレス者に対する面接指導について	①　実施可能　　②実施不可　　③要相談
地区医師会との情報共有	①　許可する　　②許可しない

メモ欄

<連絡先>　沖縄県医師会 業務1課（産業医担当）
TEL : 098-888-0087　　FAX : 098-888-0089
Mail : g1@okinawa.med.or.jp