

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	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 電話
住所				
電話番号			F A X	
メールアドレス				
所属医師会名	県	地区医師会名		
	<input type="checkbox"/> 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 <b>実施者</b> 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 <b>共同実施者</b> 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