

受付番号	
受付日	

## 嘱託産業医紹介依頼票

申込日	年 月 日
-----	-------

ふりがな				
事業所名				
所在地	〒 ※産業医訪問先が異なる場合は、訪問先住所を記入ください			
TEL		FAX		
代表者		従業員数	人	
業 種				
担当者 連絡先	部 署		TEL	
	ふりがな		FAX	
	氏 名		Mail	
契約期間	無期雇用 ・ 有期雇用 ( ~ )			
更新の有無	あり ・ なし			
訪問日	※指定曜日・時間帯等があれば記載ください			
ご要望  *50名以上の 事業所では 義務	健康診断結果の意見聴取や面接指導			
	専門的立場からの就労上の判断			
	職場巡視*			
	ストレスチェック対応・高ストレス者への面接*			
	衛生委員会への出席*			
	その他 ( )			
報 酬	基本額	円 / 年・月・日・時	交通費	あり ・ なし
	その他	円		
【事業場からのメッセージ】 ※産業医の職務内容について伝えておきたいことや、その他要望がありましたらご記入ください。				

<問い合わせ>  
 沖縄県医師会 業務2課 (産業医担当)  
 〒901-1105 南風原町字新川218-9  
 TEL:098-888-0087  
 FAX:098-888-0089  
 Mail : g2@okinawa.med.or.jp