高知　治療と仕事の両立支援宣言　応募票

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業場名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 業　　種 |  | 労働者数 | 人 |
| 所　在　地 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 担　当　者 | 部署名 |  | 氏名 |  |
| E-mail |  |
| 職種 | □事業主　　　□人事担当者　　　□労務担当者□衛生管理者　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| ●「宣言書」提出方法をお選びください。【　　郵送　・　電子データで送付　　】●貴社ロゴマーク掲載希望　【　希望する　・　希望しない　】●ホームページリンク希望　【　希望する　・　希望しない　】　　希望の場合はアドレスをご記入ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●「両立支援宣言」をするにあたり、高知産業保健総合支援センターでは以下の支援を行っております。　　　　　　　　【　支援を希望する　・　支援を希望しない　】ご希望の支援内容にチェックを付けてください。□「治療と仕事の両立支援」の取組方法・企業内の体制づくりについて□「治療と仕事の両立支援」の理解と促すための労働者及び管理職等を対象とした研修□個別事案の調整方法・調整支援など□その他ご希望の支援がありましたらご記入ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●ご希望により両立支援推進チームの各機関で開催される両立支援関連のイベントや講習会の情報をご案内します。　　　　【　希望する　・　希望しない　】 |

応募票を下記までFAX又は郵送で提出してください。

後日、担当者の方へご連絡させていただきます。

ご不明な点がございましたら、お気軽に下記までお問い合わせください。

【送付、お問い合わせ先】

　独立行政法人労働者健康安全機構　高知産業保健総合支援センター

　　　　　　〒780-0870　高知市本町4丁目1-8　高知フコク生命ビル7階

　**TEL：088-826-6155　　FAX：088-826-6151**