

桑名医師会 嘱託産業医紹介依頼票

依頼日：令和 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	役職名	氏名(ふりがな)	
担当者	部署・役職	氏名(ふりがな)	
	TEL :	FAX :	
	E-mail :		
労働者数	男性 : 名	女性 : 名	計 : 名
事業内容 (業種・ 取扱品目等)	※事業所の特色・特殊性などがありましたらご記入ください。(昼夜交代制、重量物、危険物、化学薬品の保存使用、騒音、長時間労働、多数の外国人の雇用など)		
健診実施	産業医の所属する医療機関で行いたい (年 回 実施) ・ 他医療機関で行う		
紹介期限の希望	令和 年 月 日 まで ※紹介までの標準期間は概ね3週間程度です。		
契約期間・更新	無期雇用 ・ 有期雇用 (年 月 日 ~ 年 月 日) 更新 有 ・ 無		
訪問日	※指定曜日・時間帯等があれば記載ください		
月額報酬	基本額 円	交通費 あり・なし	その他 円
ご要望	事業所訪問 定期 (ヶ月に 回) ・ 不定期 () 嘱託産業医の医療機関での健康診断 () 健康診断結果の意見聴取や面接指導 () その他 () ※50名以上の事業場では職場巡視、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は義務です。		
その他			

【申込にあたっての確認事項】

下記内容をご確認のうえ、該当欄へチェックをお願いいたします。

- 本依頼は、事業場内において産業医選任の必要性および予算について決裁済みです。
- 本会による紹介手続き開始後は、原則として他機関への新たな紹介依頼は行いません。(既に他機関へ依頼している場合は下記に記載してください)

紹介機関名：_____

- 紹介予定医師について最終確認の承諾後は、原則として辞退しないことに同意します。