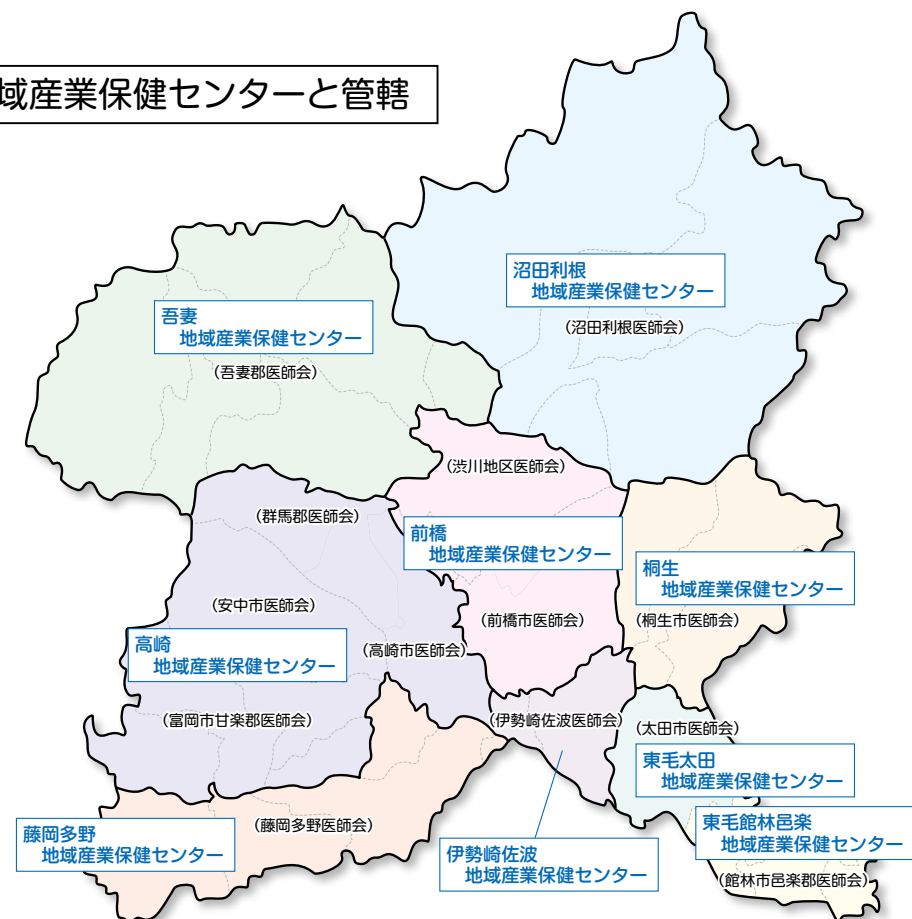


群馬の地域産業保健センターと管轄



▼お申込先は職場所在地の下記地域産業保健センターまで

センター名	所在地	TEL	FAX
前橋地域産業保健センター	前橋市岩神町2-3-5 (前橋市医師会内)	027-233-2261	027-233-8810
	渋川市金井356 (渋川地区医師会内)	0279-23-1181	0279-23-7253
高崎地域産業保健センター	高崎市高松町5-28 (高崎市医師会内)	027-323-3966	027-323-2551
	安中市安中1-1-20 (安中市医師会内)	027-381-0404	027-382-1560
	富岡市七日市553-1 (富岡市甘楽郡医師会内)	0274-62-0542	0274-64-4150
	高崎市高浜町984-1 (群馬郡医師会内)	027-343-6865	027-344-2962
桐生地域産業保健センター	桐生市元宿町18-2 (桐生市医師会内)	0277-47-2500	0277-22-2422
伊勢崎佐波地域産業保健センター	伊勢崎市下植木町481 (伊勢崎佐波医師会内)	0270-25-5316	0270-23-2657
東毛太田地域産業保健センター	太田市飯田町818 (太田市医師会内)	0276-48-9291	0276-48-9293
藤岡多野地域産業保健センター	藤岡市藤岡1860-1 (藤岡多野医師会内)	0274-22-0251	0274-24-4187
吾妻地域産業保健センター	吾妻郡中之条町伊勢町25-9 (吾妻郡医師会内)	0279-75-3334	0279-75-6228
沼田利根地域産業保健センター	沼田市上原町1801-68 (沼田利根医師会内)	0278-23-2058	0278-23-3591
東毛館林邑楽地域産業保健センター	館林市苗木町2497 (館林市邑楽郡医師会内)	0276-72-1132	0276-73-0215

独立行政法人 労働者健康安全機構 群馬産業保健総合支援センター

お問い合わせは

〒371-0022 前橋市千代田町1-7-4 群馬メディカルセンター 2F
 TEL : 027-233-0026 / FAX : 027-233-9966 / HP : www.gunmas.johas.go.jp

労働者数50人未満の事業場で働く方々の健康づくりをサポートします

地域産業保健センターとは

労働者数50人未満の事業場にも、労働安全衛生法に基づいた健康診断などの実施義務がありますが、事業者が独自に医師を確保し、労働者に対する保健指導、健康相談などの産業保健サービスを十分に提供することが困難な状況にあります。

このような事業場の事業者とそこで働く人々が、充実した産業保健サービスを受けられるよう地域産業保健センターが設けられています。

▼以下のサービスを無料で受けられます。(利用回数などの制限があります。)

①健康診断の結果について医師の意見聴取	労働安全衛生法に定められている健康診断で、異常の所見があった労働者について、その健康を保持するために必要な措置について医師から意見を聴くことが出来ます。	
②長時間労働者に対する面接指導	時間外労働が長時間に及ぶ労働者に対し、疲労の蓄積状況の確認など医師による面接指導を行います。	
③ストレスチェックの結果に基づく面接指導	ストレスチェックの結果、高ストレスと判断された労働者に対し、心理的負担の状況確認など医師による面接指導を行います。	
④職場環境チェック(個別訪問指導)	医師・労働衛生工学専門員等が事業場を訪問し、職場巡視を実施して職場環境チェックを行います。健康な職場づくりについてのお手伝いをします。	
⑤労働者の健康管理にかかる相談等	脳・心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導	労働安全衛生法に定められている健康診断の結果、「血中脂質」「血圧」「血糖」「尿中糖」「心電図」検査の項目に異常の所見があったときは、医師又は保健師による日常生活面の指導などを受けることができます。
	メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導	メンタルヘルス不調を感じている労働者及び当該労働者を使用する事業者に対し、医師又は保健師による相談・指導を行います。

「地域産業保健センター」お申込み・ご利用までの流れ



地域産業保健センター利用申込書

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	(男： 人) (女： 人) (計： 人)
	事業内容	
	担当者	職名： 氏名： 電話： FAX： メールアドレス：
	本社、親企業等の情報*	本社、親企業等の名称 () 事業場の属する本社、親企業等の労働数 (人) 企業全体の労働数 (人) 本社、親企業等の産業医数 (産業医 名、内総括産業医 有・無)
	相談内容 (希望するものに○)	1 健康相談(脳・心臓疾患リスク者保健指導) (対象者 名) 2 健康相談(メンタルヘルス不調者相談・指導) (対象者 名) 3 健康相談(ストレスチェック相談・指導) (対象者 名) 4 健康相談(その他) (対象者 名) 5 健康診断結果の有所見者に係る医師からの意見聴取 (対象者 名) 6 長時間労働者の健康不安等に関する医師による面接指導 (対象者 名) 7 高ストレス者に関する医師による面接指導 (対象者 名) 8 職場の作業環境管理や作業管理についての相談・指導 9 その他() (対象者 名)
希望月日	第一希望：令和 年 月 日、第二希望：令和 年 月 日	
事業場訪問	希望する(早急に、 月ごろ) 希望しない	
その他連絡事項等		
◆下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。		
1 就業する事業場は50人未満です。	チェック欄	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 健康相談・面接指導は治療目的ではないことを理解しています。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意します。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4 当社に総括産業医はいません。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「保健指導結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。」		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。なお、本事業は中小企業の小規模事業を優先的に対象といたします。総括産業医がいる企業の小規模事業場は支援対象外といたします。(令和元年度から適用)
 ※「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総括的に指導を行う産業医のことを指します。
 ※労働者本人からの申し込みの場合は、担当者欄の職名に本人と記入いただき、氏名を記入して下さい。
 ※本用紙に記載された個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。
 ※副業・兼業に関する相談は様式地 1-2 を使用してください。

地域産業保健センター利用申込書 **副業・兼業用**

事業場	事業場名			
	所在地	〒	〒	〒
	労働者数	名 (内派遣労働者数)	名 (内派遣労働者数)	名 (内派遣労働者数)
	事業内容			
	代表者	職名： 氏名：	職名： 氏名：	職名： 氏名：
	担当者	職名： 氏名： 電話： メール：	職名： 氏名： 電話： メール：	職名： 氏名： 電話： メール：
	企業の情報*	企業名 労働数 名 産業医数 うち総括産業医(有・無)	企業名 労働数 名 産業医数 うち総括産業医(有・無)	企業名 労働数 名 産業医数 うち総括産業医(有・無)
相談内容 (希望するものに○)	1 健康相談(脳・心臓疾患リスク者保健指導) (対象者 名) 2 健康相談(メンタルヘルス不調者相談・指導) (対象者 名) 3 健康相談(ストレスチェック相談・指導) (対象者 名) 4 健康相談(その他) (対象者 名) 5 健康診断結果の有所見者に係る医師からの意見聴取 (対象者 名) 6 長時間労働者の健康不安等に関する医師による面接指導 (対象者 名) 7 高ストレス者に関する医師による面接指導 (対象者 名) 8 職場の作業環境管理や作業管理についての相談・指導 9 その他() (対象者 名)			
希望月日	第一希望：令和 年 月 日、第二希望：令和 年 月 日			
その他連絡事項等				
◆下記事項をご一読いただき、いずれかにチェックをしてください。				
1 副業・兼業労働者です。	チェック欄	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2 健康相談・面接指導は治療目的ではないことを理解しています。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3 本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意します。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
4 当社に総括産業医はいません。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
5 保健指導結果の取得について同意します。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

※労働者本人からの申し込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名を記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記して下さい。
 ※本用紙に記載された個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。