FAX送信先　03－5211－4485

産 業 保 健 相 談 票

令和　　年　　月　　日

フリガナ		※機関ｺｰﾄﾞ（ｾﾝﾀｰ記入欄）	
事業場名		業　　種	
		労働者数	人
住　　所	〒　　－		
電話番号	（　　）	FAX番号	（　　）
Eメール		職種 ☐にチェックしてください ☐ 産業医　☐ 保健師・看護師 ☐ 事業主　☐ 労務管理担当者 ☐ 衛生管理者　☐ 産業保健関係機関 ☐ 労働者　☐ その他 （　　）	
フリガナ			
氏　　名			
所属部課			
職　　名			

ご相談の内容（簡潔にご記入ください）

ご希望の回答方法　☐にチェックして連絡先をご記入ください。

☐ 面談　希望日時　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

☐ 電話

☐ FAX

☐ Email

☎日時等連絡先（日中連絡のとれる電話番号をご記入ください）　（　　）

※ご希望の日時や回答方法に添えない場合がございます。予めご了承ください。