

## 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	ふりがな 氏名	
担当者	部署・役職	ふりがな 氏名	
	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	必要 ( 年 回 実施 ) ・ 不要		
紹介期限の希望	令和 年 月 日 まで ※ご要望に沿えない場合もございますので、ご了承ください		
契約期間	無期雇用 ・ 有期雇用 ( 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 )		
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		
報酬	基本額	円/年・月・日・時	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			

- ・月額報酬は、「嘱託産業医の職務及び報酬基準」を目安に、当事者間でご相談ください。
- ・紹介を依頼される場合は、他(多)方面への求人など、途中キャンセルの原因となる活動はご遠慮ください。
- ・従業員が50名未満になった等、嘱託産業医の紹介をキャンセルしたい場合は速やかにご連絡ください。