FAX送信先　03－5211－4485

産業保健相談票

平成　　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。