

受付番号	
受付日	

嘱託産業医紹介依頼票

申込日	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		従業員数	人	
業種				
担当者 連絡先	部署		TEL	
	ふりがな		FAX	
	氏名		Mail	
開始希望日	(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			
ご要望	健康診断結果の意見聴取や面接指導			
	専門的立場からの就労上の判断			
	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*			
	その他 ()			
報酬	基本額	円 / 年・月・日・時	交通費	あり ・ なし
	その他	円		
【事業場からのメッセージ】※産業医の職務内容について伝えておきたいことや、その他要望がありましたらご記入ください。				

<問い合わせ>
 沖縄県医師会 業務2課 (産業医担当)
 〒901-1105 南風原町字新川218-9
 TEL:098-888-0087
 FAX:098-888-0089
 Mail : g2@okinawa.med.or.jp