

## 治療と仕事の両立支援申込書

令和 年 月 日

氏名			
連絡先	〒		
	TEL		FAX
	E-mail		
ご自身の状況に当てはまるものがあれば□にチェックを入れてください			
<input type="checkbox"/> 治療に合わせた短時間勤務や休暇の取得が難しい <input type="checkbox"/> 休職や復職の時期、今後の働き方について誰に相談したらいいのかわからない <input type="checkbox"/> 職場復帰後も仕事を続けるにはどうしたらいいのかわからない <input type="checkbox"/> 病気や治療について職場の理解が得られない <input type="checkbox"/> 治療と仕事を両立できるか不安 <input type="checkbox"/> 病気のことをうまく会社に伝えられない <input type="checkbox"/> がんと診断されたけど仕事を続けたい			
その他、ご相談したい内容をご記入ください			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

【申込先】 独立行政法人労働者健康安全機構 青森産業保健総合支援センター

FAX : 017-731-3660

E-mail : sanpo02@aomoris.johas.go.jp

※申込書受領後、当センターからご連絡いたします。

※この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。