

コーディネーター相談記録票

地域産業保健センター

実 施 日 時		令和 年 月 日 () 時 分 ～ 時 分			
実 施 方 法		1 電話 2 メール 3 FAX 4 対面			
実 施 場 所					
相 談 対 応 者					
ワンストップサービス		1. 該当する (福岡産業保健総合支援センター・地域産業保健センター) 2. 該当しない			
事業場	事 業 場 名				
	所 在 地				
	担 当 者	職名：		氏名：	
		電話：		FAX：	
	業 種				
	従 業 員 数	(男： 人) (女： 人) (計： 人)			
そ の 他	事業場の属する企業の全労働者数 (人) 関連企業（本社等）の産業医数（産業医 名、内専属産業医 名)				
相 談 者		1 事業者・担当者等 2 本人（労働者） 3 その他			
		職名・職務内容： 氏名： (本人の場合：年齢 歳 性別： 男 ・ 女)			
相 談 内 容		☐ ストレスチェック関係 ☐ 副業・兼業関係 ☐ その他 			
回 答					
備 考					

※この記録票は、コーディネーターが対応して完結した簡易な相談の場合に使用すること。