

ストレスチェック 実施事務従事者申込書

※お手数ですが、申込書は必ずご返送をお願いいたします。

作成日 年 月 日

事業所名		担当部署	
		フリガナ 担当者氏名	
所在地	〒	TEL (代表)	()
		TEL (直通)	()
		FAX	()
フリガナ 実施事務従事者名			
同意書発行	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <small>※結果はすべて開示しますが、同意書を発行しない場合は、実施事務従事者以外はそれを見ることはできません。 ※発行した同意書は、サニーピアに返送して頂く必要はありません。社内でご活用下さい。</small>		
規約	1. サニーピアクリニック保健師と共同で実施事務従事者を担う。 2. 実施事務従事者は、選任要件を満たしている。(人事を取り扱う者は不可) 3. 社員が実施事務従事者を担う件について、衛生委員会等で調査審議し、労働者に周知する。必要に応じて規程の見直しを行う。 4. 回収済みの調査票と同意書はすべてサニーピアから事業所へ返却され、その書類の取り扱いについては、必ず取り決めを行い、適切に管理する。 5. 実施事務従事者を通じて行った事業所内での情報の取り扱いにおいて、発生したトラブルの一切の責任を事業所が負う。 ※必ず上記内容を確認した上で、お申込み下さいますようお願い致します。		
備考			

※不明な点がございましたら、お問合わせをお願いします。

一般財団法人 サニーピア医療保健協会
サニーピアクリニック 健康診断室

〒650-0042 神戸市中央区波止場町 3 番 12 号

代表 TEL 078-331-6141 FAX 078-392-8621