

# 産業医・ご紹介お申し込みシート

参考の為、現在の状況をお知らせください。

産業医 契約なし ・ 契約終了予定( 月頃 ) ・ 増員予定 ・ その他( )  
産業保健師 いる ・ いない  
衛生管理者 いる ・ いない  
衛生委員会 開いている ・ 開いていない  
支店・支社 なし ・ あり  
労働者数 ( )人 (おおよそでも結構です。)  
残業 ある (おおよそ 時間ほど) ・ ない  
就業規則 ある(労働基準監督署に届済・未届) ・ ない

ご希望の項目を選択してください。

産業医について詳しく知りたい。

産業医の料金体系について知りたい。

産業医の紹介を希望。


その他ご要望がございましたらお聞かせください。

**(必須)** 産業医との契約は顧問契約ではなく、「業務委託契約」となる旨、了解いたします。

ふりがな				
貴社名				
所在地	〒			
URL				
ご担当者様	ふりがな		電話	
	氏名		FAX	
	部署・役職		E-mail	
業種			従業員数 (常勤者)	

ご記入いただき有難うございます。今すぐ下記FAX番号までご送信ください。

**FAX : (06)-6486-0089**

 **日本ドクターコンサルティング**  
*Japan doctor consulting*

株式会社GM&A 〒530-0012 大阪市北区芝田2-2-17 和光ビル3F