

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: 050-3737-5052

