

Office :

事業所名

Name :

氏名

Department :

所属

## Application Form for Physician Counseling Based on the Stress Check Results

ストレスチェック結果に基づく医師の面接指導申出書

Based on your stress check results, it has been determined that it is necessary for you to undergo physician counseling.

ストレスチェックの結果、医師の面接指導が必要と判定されました。

If you wish to attend a counseling session with a physician, please carefully read the following explanations numbered 1 to 3 and submit this application form to the designated administrative personnel.

1～3の説明をよくお読みになったうえ、医師の面接指導を希望する方は、本申出書を実施事務従事者へご提出ください。

1. If you choose to apply, you will be contacted by the person in charge regarding the date and time of your session. (Sessions will typically be scheduled during working hours.)

申し出をされた場合は、後日担当者より面接日時について連絡があります。（原則、就業時間内）

2. If you choose to apply for physician counseling, you will be considered to have agreed to have the results of your stress check disclosed to your office and may be required to submit part or all of your results.

医師の面接を申し出た場合、ストレスチェック結果を事業者へ開示することに同意したとみなされ、結果の一部、または全部の提出を求められることがあります。

3. The information gathered through physician counseling will not be disclosed to your office without your consent, except in life-threatening situations.

医師の面接で聴取した内容は、生命の危険がある場合を除き、本人の同意なく事業者に開示されることはありません。

### ■ Deadline for submission

提出締切日

### ■ Designated administrative personnel

実施事務従事者

### ■ Physician in charge of counseling

面接担当医師

## Apply for counseling by a physician

医師の面接指導を希望する

Signature \_\_\_\_\_

署名

If you have any questions, please feel free to contact us at the information shown on the right.

なお、ご不明な点などありましたら、右記の問い合わせ先まで、お気軽にご相談ください。

<Inquiry>

問い合わせ先

Saga Occupational Health Association  
(General Incorporated Foundation), Stress Check Desk

一般財団法人 佐賀県産業医学協会 ストレスチェック窓口

TEL: 0952-22-6729 (Voice Guidance No. 1)

(音声ガイダンス1番)

Mail: [sc.support@saga-sanikyo.or.jp](mailto:sc.support@saga-sanikyo.or.jp)