

事業所名 :

氏 名 :

所 属 :

ストレスチェック結果に基づく医師の面接指導申出書

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。

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. 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. 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. 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へ開示されることはありません。

■ 提出締切日

■ 実施事務従事者

■ 面接担当医師

医師の面接指導を希望する 署名

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。

〈問い合わせ先〉

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（音声ガイダンス1番）

Mail: sc.support@saga-sanikyo.or.jp