（様式第１号）

相

受付No.
（記入不要）

令和　　年度小規模事業場産業医活動助成金支給申請書
（直接健康相談環境整備コース）

独立行政法人労働者健康安全機構理事長　殿

申請日　令和　　年　　月　　日

【請求者】

所在地	〒		
フリガナ 名称	㊞	労働者数	名 （内派遣労働者数　　名）
代表者	役職	フリガナ 氏名	
担当者	所属	フリガナ 氏名	
問い合わせ先	電話番号	ファックス番号	

小規模事業場産業医活動助成金支給要領（直接健康相談環境整備コース）第４条に基づき、下記のとおり助成金の支給を申請します。

記

今回の申請は【 １回目 ・ ２回目 】です。

１　労働者が産業医等へ直接健康相談できる仕組み

実 施 日	直接健康相談できる仕組み（具体的な内容）
令和　年　月　日	

２　労働者への周知状況

周知開始日	令和　　年　　月　　日	
担 当 者	所　　属	氏　　名
周知方法		

（R2.4）