保

令和　　年度小規模事業場産業医活動助成金支給申請書

（保健師コース）

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（保健師コース）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　産業保健活動を実施した継続する6か月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 | ～ | 令和 |  | 年 |  | 月 |

２　産業医活動助成金（保健師コース）申請額

|  |  |
| --- | --- |
|  | 円 |

（※１０万円を上限）