



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	⑩		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)