

メンタルヘルス対策支援

申 込 書

平成 年 月 日

事業場名					従業員数	
代表者	職名		氏名			人
所在地	〒 - -					
	TEL - -			FAX - -		
担当者	職名		氏名			
	E-mail					
業 種			業 務 内 容			
訪問希望日	第1希望	平成 年 月 日 ()		第2希望	平成 年 月 日 ()	
		<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後		<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後
支援を希望する事項	番号に○印を付して、希望する支援の具体的内容を記入してください。					
1 衛生委員会				7 職場復帰支援（10を除く）		
2 事業場における実態の把握				8 教育研修（ラインケア、セルフケア教育研修会の開催を除く）		
3 「心の健康づくり計画」の策定				9 ストレスチェック制度の導入		
4 事業場内体制の整備				10 職場復帰支援プログラム作成		
5 職場環境等の把握と改善				11 管理監督者向けメンタルヘルス教育		
6 メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応				12 若年労働者向けメンタルヘルス教育		
希望する支援の具体的内容						

〔2016.4〕

本書をFAXにて送信して下さい（希望日の1ヵ月前までにお申し込みください）。
 おって当センターから訪問日時について、調整のためご連絡申し上げます。

[FAX 06-6944-1192]