

メンタルヘルス対策支援

申 込 書

年 月 日

労働保険番号							
事業場名	フリガナ						従業員数
代表者	職名			氏名	フリガナ		人
所在地	〒			最寄り駅	線 駅	駅からの距離	
						約 km	
TEL		FAX					
担当者	職名			氏名	フリガナ		
	E-Mail						
	担当者と連絡の取りやすい電話番号 (携帯電話も可)				TEL		
業種				業務内容			
訪問希望日	第1希望	令和 年 月 日 ()			第2希望	令和 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○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							

[2019.5]

本書をFAXにて送信してください(希望日の1か月前までにお申込みください)。
 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