

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	〒 ー				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			
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							

[2020.11]

本書をFAXにて送信してください。

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。

また、貴事業場訪問にあたり、促進員は新型コロナウイルス感染防止でマスク着用等をして訪問いたしますので、貴事業場におかれましても、マスク着用等の感染防止対策を実施ください。

※促進員が訪問した際に、マスク着用等の感染防止対策が行われていない場合には、促進員が支援をお断りする場合がございます。

FAX 06-6944-1192