

メンタルヘルス対策支援利用申込書

平成 年 月 日

事業場名					従業員数	
代表者	職名		氏名		名	
所在地	〒					
	TEL			FAX		
担当者	職名		ふりがな 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()	
		午前 (時間: ~)	午後 (時間: ~)		午前 (時間: ~)	午後 (時間: ~)
	第3希望	平成 年 月 日()		第4希望	平成 年 月 日()	
		午前 (時間: ~)	午後 (時間: ~)		午前 (時間: ~)	午後 (時間: ~)
※ 希望する支援項目（以下に○印を付けて下さい）						
〈研 修〉 研修は1事業場につき 各1回迄	1. 管理監督者向けメンタルヘルス教育					
	2. 若年労働者向けメンタルヘルス教育 (新入社員や20歳代の若手社員を主な対象とする。 また、他の社員を含めての教育依頼も可(セルフケア研修))					
〈個別訪問支援〉	3. ストレスチェック制度の導入支援					
	4. 「こころの健康づくり計画」の策定					
	5. 衛生委員会での調査審議への助言					
	6. 教育・研修計画等の支援					
	7. 職場復帰支援プログラムの作成					
	8. その他					
希望する支援の具体的内容						
お知りになっ たきっかけ (該当に○印)	1. ホームページ		2. 新聞・テレビ報道		3. 各団体の会合・説明会等	
	4. メールマガジン		5. 労働基準監督署等からの紹介		6. その他()	

本書をFAXにて送信ください。

* FAX番号 0952-41-1887

※おって当支援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。

H28.5