

メンタルヘルス対策支援申込書

年 月 日

事業場又は団体名							労働者数
代表者職氏名							人 (企業規模 人)
所在地	〒 ー						
	Tel				Fax		
担当者職氏名 (申込者)	職名				氏名		
	E-mail						
業 種	<input type="checkbox"/> 製造業	<input type="checkbox"/> 建設業	<input type="checkbox"/> 運送業	<input type="checkbox"/> 電気・ガス・水道	<input type="checkbox"/> 情報通信業	<input type="checkbox"/> 卸・小売業	<input type="checkbox"/> 金融・保険業
	<input type="checkbox"/> 不動産業	<input type="checkbox"/> 飲食、宿泊業	<input type="checkbox"/> 医療、福祉	<input type="checkbox"/> 教育、学習支援業	<input type="checkbox"/> サービス業(その他)	<input type="checkbox"/> その他	
主な事業内容							
訪問希望日時	第1希望	年	月	日 ()	時	分	～ 時 分
	第2希望	年	月	日 ()	時	分	～ 時 分
	第3希望	年	月	日 ()	時	分	～ 時 分
下記の受けたい支援の事項にチェックを付して(複数可)、希望する支援の具体的内容を差し支えない範囲で記入して下さい。							
<input type="checkbox"/> 衛生委員会等での調査審議等にかかる支援				<input type="checkbox"/> 職場復帰支援プログラム作成支援			
<input type="checkbox"/> 事業場における実態の把握にかかる支援				<input type="checkbox"/> 教育研修の実施にかかる支援 (管理監督者・若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施を除く)			
<input type="checkbox"/> 「心の健康づくり計画」の策定にかかる支援				<input type="checkbox"/> 管理監督者向けメンタルヘルス教育の実施 (対象者 人)			
<input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策のための事業場内体制の整備にかかる支援				<input type="checkbox"/> 若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施 (対象者 人)			
<input type="checkbox"/> 職場環境等の把握と改善にかかる支援				<input type="checkbox"/> ストレスチェック制度導入にかかる支援			
<input type="checkbox"/> メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応にかかる支援				<input type="checkbox"/> 管理監督者向けストレスチェック制度の研修 (対象者 人)			
<input type="checkbox"/> 職場復帰にかかる支援 (職場復帰支援プログラムの作成支援を除く)							
希望する支援の具体的内容							
※支援センター記入欄							
		年	月	日 ()	時	分	～ 時 分
		担当			(促進員・相談員)		

本書をFAXにて送信ください。 FAX番号 029-227-1335

茨城産業保健総合支援センター

(改訂 H28.5)