

メンタルヘルス対策支援申込書

※調整の都合上、1ヵ月以上前にお申込み下さい。

令和 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		氏名		
	E-mail				
業種				業務内容	
訪問希望日	第一希望	令和 年 月 日 ()		第二希望	令和 年 月 日 ()
訪問希望時間	第一希望	午前・午後 時 分～ 時 分 (いずれか○で囲む)		第二希望	午前・午後 時 分～ 時 分 (いずれか○で囲む)
希望する支援内容にチェック☑をして下さい。					
<input type="checkbox"/> 1. 管理監督者向けメンタルヘルス教育・研修の実施 (ストレスチェックを含む) 希望する支援の具体的内容 (対象者 人)					
<input type="checkbox"/> 2. 若年労働者向けメンタルヘルス教育・研修の実施 (新入社員や20歳代の若手職員対象) 希望する支援の具体的内容 (対象者 人)					
<input type="checkbox"/> 3. 個別訪問支援の実施 (どのようなことが聴きたい場合もチェックをつけて下さい。)					
<input type="checkbox"/> 衛生委員会の審議に関する支援					
<input type="checkbox"/> 事業場における実態の把握に関する支援					
<input type="checkbox"/> 「心の健康づくり計画」の策定に関する支援					
<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関する支援					
<input type="checkbox"/> 職場環境等の把握と改善に関する支援					
<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関する支援					
<input type="checkbox"/> 職場復帰に関する支援 (職場復帰支援プログラムの作成支援を除く)					
<input type="checkbox"/> ストレスチェック制度の導入及び実施に対する支援					
<input type="checkbox"/> 職場復帰支援プログラムの作成支援					
総合支援センター記入欄	支援 令和 年 月 日 () 時 分～ 担当: 促進員				

本書をファックスにて送信して下さい。(FAX 024-526-0528)
後ほど当センターから訪問日時について調整のため、ご連絡いたします。

福島産業保健総合支援センター