

メンタルヘルス対策支援関係申込書

事業場又は 団体名				従業者数
所在地等	〒			
	TEL		FAX	
担当者	部署及び職名		氏名	ふりがな
	E-mail			
業 種		主な事業内容		
訪問希望日	第一希望	年 月 日 ()	午前	・ 午後
	第二希望	年 月 日 ()	午前	・ 午後
支援内容 (該当する番号に ○をつけて下さ い)	1	「心の健康づくり計画」の策定にかかる支援		
	2	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		
	3	ストレスチェック制度の導入に関する支援		
	4	職場環境等の改善にかかる支援		
	5	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		
	6	職場復帰にかかる支援		
	7	管理監督者向けのメンタルヘルス教育の実施（ストレスチェック制度含む）		
	8	若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施		
具体的要望				

センターをお知り になった理由 (該当する事項に ○印をご記入下さ い)	①ホームページ ②メールマガジン ③各種団体主催の説明会等 ④労働基準監督署等からの紹介 ⑤その他 ()
--	---

FAX : 023-624-5250



※ 本書をファックス又は郵送によりご提出ください。その後、当センターから訪問日時等について連絡・調整いたします。
 ※ 本用紙に記載された個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。