

メンタルヘルス対策支援申込書

申込日 年 月 日

事業場名				労働者数	名
代表者	職名		ふりがな 氏名		
所在地	〒 -				
	TEL		FAX		
担当者	部署名		ふりがな 氏名		
	E-mail		職種		
業種			業務内容		
希望日時	第1希望	20	年	月	日 () 時 分 ~ 時 分
	第2希望	20	年	月	日 () 時 分 ~ 時 分
	第3希望	20	年	月	日 () 時 分 ~ 時 分
	※お申し込みは原則希望日時の2ヶ月前までをお願い致します。				
希望する支援内容 チェック☑を入れて下さい。					
<input type="checkbox"/> 1. 管理監督者向けメンタルヘルス教育の実施(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) ※1事業場につき1回限り ()					
<input type="checkbox"/> 2. 若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施(新入社員や20代の若手職員対象) 希望する支援の具体的内容(対象者 人) ※1事業場につき1回限り ()					
<input type="checkbox"/> 3. 個別訪問支援の実施(希望する項目にチェック☑をして下さい。) <input type="checkbox"/> 衛生委員会にかかる支援 <input type="checkbox"/> 事業場における実態の把握にかかる支援 <input type="checkbox"/> 「心の健康づくり計画」の策定にかかる支援 <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かかる支援 <input type="checkbox"/> 職場環境等の把握と改善にかかる支援 <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"/> 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) <input type="checkbox"/> ストレスチェック制度の導入に対する支援 <input type="checkbox"/> 職場復帰支援プログラムの作成支援 <input type="checkbox"/> 教育研修の実施にかかる支援(上記1及び2を除く)					

【申込先】 群馬産業保健総合支援センター

FAX: 027-233-9966

※申込書受領後、当センターからご連絡いたします。

※この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。