

## 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	令和 年 月 日 ( )	午前	・ 午後
	第二希望	令和 年 月 日 ( )	午前	・ 午後
支援内容 (該当する番号に ○印をご記入下さ い)	1	衛生委員会にかかる支援		
	2	事業場における実態の把握にかかる支援		
	3	「心の健康づくり計画」の策定にかかる支援		
	4	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		
	5	職場環境等の把握と改善にかかる支援		
	6	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		
	7	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）		
	8	教育研修の実施にかかる支援（管理監督者及び若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施を除く）		
	9	ストレスチェック制度の導入に関する支援		
	10	職場復帰支援プログラム作成支援		
	11	管理監督者向けメンタルヘルス（ストレスチェック含む）教育の実施		
	12	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 : 0852-59-5881



※本書をファクス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。