メンタルヘルス対策支援申込書

令和　　年　　月　　日

事業場名		労働者数	名
代表者職氏名			
所在地	(〒　　－　　) （電話）　　（FAX）		
業　種		業務内容	
担当者職氏名			
連絡先	電 話		FAX

訪問希望日	第１希望	令和　　年　　月　　日　（　午前　／　午後　）
	第２希望	令和　　年　　月　　日　（　午前　／　午後　）

●メンタルヘルス対策導入に関する取り組みについて支援を実施します。

希望する支援内容に〇をしてください。

a. 衛生委員会にかかる支援
b. 事業場における実態の把握にかかる支援
c. 「心の健康づくり計画」の策定にかかる支援
d. 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
e. 職場環境等の把握と改善にかかる支援
f. 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
g. 職場復帰にかかる支援
h. 職場復帰支援プログラム作成支援
i. 教育研修の実施にかかる支援
j. 管理監督者向けメンタルヘルス教育の実施
k. 若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施
l. ストレスチェック制度の導入に関する支援

センターをお知りになったきっかけ （該当に〇をお付けください。）	１．HP　　２．新聞･テレビ　　３．各団体の会合・説明会等 ４．メールマガジン　　５．労働基準監督署からの紹介 ６．その他（　　）

★本書をファックスにて送信ください。　（岩手産業保健総合支援センター　FAX：019-621-5367 ）

★おって当センターから訪問日について調整のため、ご連絡いたします。

★この申込書にご記入いただいた内容は当センター業務にのみ使用し、第三者へ提供することはありません。