

メンタルヘルス対策支援申込書

(岩産様式:改・令和8年4月)

岩手産業保健総合支援センター TEL: 019-621-5366

令和 年 月 日

事業場名 代表者				労働者数(企業全体)	
	職名		氏名	名(名)	
所在地	〒 -				
	TEL		FAX		
業種			事業内容		
担当者	職名		氏名		
	E-mail				
相談・訪問 希望日時	第一希望	令和 年 月 日() 時	第二希望	令和 年 月 日() 時	
	※ 相談・訪問日時はご希望に沿えない場合もあります。				
【希望する支援内容】 希望する支援内容に☑を付けてください。 複数選択可					
事業場内のメンタルヘルス対策【訪問支援】	<input type="checkbox"/>	①心の健康づくり計画の作成 (計画策定からその実施までの状況に応じた支援) ※原則2回訪問/期間: 2~4カ月			
	<input type="checkbox"/>	②職場復帰支援の進め方 (休業した労働者の職場復帰支援プログラム策定にかかる支援) ※支援回数: 延べ5回まで			
	<input type="checkbox"/>	③その他(衛生委員会にかかる支援 / 職場環境等の把握と改善にかかる支援 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 など)			
ストレスチェック制度の導入【訪問支援】	<input type="checkbox"/>	④事業場に合った制度の導入/実施規定作成支援(制度導入に向けての具体的支援)			
	<input type="checkbox"/>	⑤集団分析結果の見方と活用(ストレスチェックによる集団分析結果活用についての支援)			
	<input type="checkbox"/>	⑥職場環境改善の方法			
メンタルヘルス教育・研修	<input type="checkbox"/>	⑦管理監督者向けメンタルヘルス教育(支援回数: 1年に1回限り) * ラインケア(管理監督者によるケア)を促進するための研修		参加者 名 所要時間 分	
	<input type="checkbox"/>	⑧労働者向けメンタルヘルス教育(支援回数: 1年に1回限り) * セルフケア(自身の心の健康を確保するケア)を促進するための研修		参加者 名 所要時間 分	
メンタルヘルス相談	<input type="checkbox"/>	⑨こころの不調・病気を持つ労働者への支援 (心の不調による休職者の復職支援、通院しながらの働き方等の相談・支援)			
希望する支援の 具体的内容・ お困りごと	(例: ハラスメント教育を実施したい、メンタルヘルス不調を訴える社員が増えたが、どう対応すれば…等)				
事業場の 取組状況 (該当に○印)	<input type="checkbox"/>	1. 心の健康づくり計画の作成	(作成済)	・ 作成予定	・ 未作成)
	<input type="checkbox"/>	2. 衛生委員会における心の健康づくり等に関する調査審議	(審議している)	・ 審議予定	・ 未審議)
	<input type="checkbox"/>	3. メンタルヘルスに関する教育・研修計画等の作成	(作成済)	・ 作成予定	・ 未作成)
	<input type="checkbox"/>	4. 職場復帰支援プログラムの作成	(作成済)	・ 作成予定	・ 未作成)
	<input type="checkbox"/>	5. 健康診断結果についての医師からの意見聴取	(実施している)	・ 未実施	・ 不明)
センターを知った きっかけ (複数回答可)	1. ホームページ 2. メールマガジン 3. リーフレット 4. 各団体の会合等 5. 労働基準監督署 6. 協会けんぽ 7. その他()				

お気軽に「申込先」
お電話ください
相談聞くノウ~

独立行政法人労働者健康安全機構 **岩手産業保健総合支援センター**
〒020-0045 盛岡市盛岡駅西通2丁目9番1号マリオス14階 TEL: 019-621-5366
FAX: 019-621-5367
HP: <https://www.iwates.johas.go.jp>

メール: iwate@iwates.johas.go.jp



※本書はホームページからもダウンロードできます。メール・FAX等でご送信下さい。
※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。
※ご記入いただいた個人情報、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。