

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	人				
所在地	〒 -								
	TEL			FAX					
担当者	部署名			氏名					
	E-mail								
	職種	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 労務管理担当者 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> その他 ()							
業種 (いずれかに○)	1. 製造業 2. 建設業 3. 運送業 4. 電気・ガス・水道 5. 情報通信業 6. 卸・小売業 7. 金融・保険業 8. 不動産業 9. 飲食、宿泊業 10. 医療、福祉 11. 教育、学習支援業 12. サービス業 13. その他 ()								
事業内容									
訪問希望日	第1希望	令和	年	月	日 ()	時間帯	:	~	:
	第2希望	令和	年	月	日 ()	時間帯	:	~	:
希望する支援内容 <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、希望する番号に○をつけて下さい。									
<input type="checkbox"/> 個別訪問支援 <ul style="list-style-type: none"> 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 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 8 教育研修の実施にかかる支援 <input type="checkbox"/> ストレスチェック制度 1 導入に関する支援 2 実施後の職場環境改善に関する支援 <input type="checkbox"/> 職場復帰支援プログラムの作成支援 <input type="checkbox"/> 管理監督者向け教育研修の実施(1事業場1回限り) <input type="checkbox"/> 若年労働者向け教育研修の実施(1事業場1回限り) 対象者:新入社員・20歳代の若手社員 その他 希望する支援の具体的内容がありましたら、ご記入下さい。									

※申込書受領後、当センターから担当者様へ訪問日時等について、調整のためご連絡いたします。

【申込先】 静岡産業保健総合支援センター

FAX 054-205-0123