

メンタルヘルス対策支援申込書

送付先(FAX 096-359-6506)

熊本産業保健総合支援センター TEL:096-353-5480

平成 年 月 日

申込者氏名	所属・役職		
E-mail			
申込者の職種	1. 産業医 2. 保健師・看護師 3. 事業主 4. 人事・労務担当者 5. 衛生管理者 6. 産業保健関係者 7. 衛生推進者 8. その他 ()		
事業場又は団体名	名称		
	所在地	〒 -	
	TEL	FAX	
	従業員数	(男) _____ 人 (女) _____ 人 合計 _____ 人	
	産業医	☐ 専属 () ☐ 選任していない ☐ 嘱託 () 【月 回：活動時間 h / 1回)	
	衛生委員会	☐ 設置済 (名) ☐ 設置していない	
	衛生管理者選任状況	☐ 衛生管理者 (有資格者 名：内届出 名) ☐ 選任していない ☐ 衛生推進者 (名)	
業種 該当箇所に○をお付けください	製造業・建設業・運送業・情報通信業・卸小売業 金融保険業・不動産業・飲食宿泊業・医療福祉業・教育学習業 サービス業・その他 ()		
訪問希望日	◆希望日はできるだけ第2希望までご記入くださいますようお願い致します 第1希望 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 第2希望 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
訪問先	自社・外部会場 ()		
ご希望の支援の内容 ☐ 内にレ点を入れて下さい。(複数可)	支援項目 所要時間 (1回の支援で90~120分)	準備いただくもの	参加予定人数
	☐ こころの健康づくり計画の策定	労働局からの自主点検票控 年間計画書 (準備可能な場合)	名
	☐ 衛生委員会での調査審議への助言		名
	☐ ストレスチェック制度導入支援		名
	☐ 職場復帰支援プログラム作成支援		名
☐ 管理監督者教育研修 (一般職員向け研修は有料です。)	準備可能物に○をつけて下さい。 【PC・スクリーン・プロジェクター】	名	
ご留意頂きたい事項	1事業場につき、1年に1回のみ無料とさせていただきます。 (教育研修のみ) 当センターの検討資料として、支援終了後、担当者様宛てにアンケート用紙を送付させていただきます。		
連絡事項等	☆支援内容等に、ご質問・ご要望がございましたら下記にご記入ください。		