

メンタルヘルス対策支援申込書
送付先 (F A X 096-359-6506)

熊本産業保健総合支援センター TEL : 096-353-5480

令和 年 月 日

事業場名					労働者数
代表者	職名		氏名		人
所在地	〒				
	TEL		FAX		
担当者	職名		氏名		
	E-mail				
	*毎月、無料で最新の産業保健情報等を掲載したメールマガジンを配信しています。 上記アドレスへの配信を希望されない場合は口に✓をお願いします。 <input type="checkbox"/> 希望しない				
業種			事業内容		
訪問希望日	第一希望	令和 年 月 日 ()	AM ・ PM	第二希望	令和 年 月 日 () AM ・ PM
	上記希望日以外で、ご都合がしやすい曜日、時間帯等：				

【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。

メンタルヘルス対策のための個別訪問支援	①事業場内体制の整備 ②こころの健康づくり計画の策定	③職場復帰支援プログラムの作成 ④職場環境の把握と改善
ストレスチェック制度にかかる個別訪問支援	①事業場内体制の整備 ②ストレスチェック実施計画の作成	③集団分析結果の活用、職場環境改善
メンタルヘルス教育	①管理監督者向けメンタルヘルス教育（支援回数は、1年に1回限り） メンタルヘルス教育の継続的な実施を普及させるため、メンタルヘルス教育のデモンストレーションを実施し、メンタルヘルス教育の方法について支援します。	参加予定人数 名 所要希望時間 分
	②若年労働者向けメンタルヘルス教育（支援回数は、1年に1回限り） 就労して間もない若年層の自殺防止対策のため、セルフケアを促進するための教育を行います。	参加予定人数 名 所要希望時間 分

事業場の取組状況 (該当に○印)	1. こころの健康づくり計画の作成	(作成済 ・ 作成予定 ・ 未作成)
	2. 衛生委員会における健康づくり等に関する調査審議	(審議している ・ 未審議)
	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)
	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)
	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)

本書をFAXにて送信してください（希望日の1ヶ月～2ヶ月程度前にお申込みください）。
おって当センターから訪問日時について調整のため、ご連絡いたします。

◇本用紙に記載された内容は、産業保健活動総合支援事業に必要な範囲で限定して使用させていただきます。