

メンタルヘルス支援FAX申込書

年 月 日

事業場名				事業場の労働者数
				人
業種			業務内容	
所在地	住所			
	TEL		FAX	
担当者	氏名			職名
	E-Mail	@		
訪問希望日 <small>※研修希望の場合は、打合せ日となります。</small>	第1希望	R 年 月 日 AM・PM	第2希望	R 年 月 日 AM・PM
	上記希望日以外の日程でも調整 可 ・ 不可			
	* 調整可の場合は、講師(メンタルヘルス対策促進員)と直接日程調整いただきます。			
確認事項	監督署からの指摘・指導を受けましたか? はい ・ いいえ			
【 希望する支援項目(下記該当番号に○印) 】				
1 管理監督者へのラインケア教育研修		2 若手職員へのセルフケア教育研修		
3 メンタルヘルス対策の導入		4 こころの健康づくり計画策定		
5 ストレスチェック制度説明		6 ストレスチェック実施後の職場環境改善		
7 その他 ()		
<希望する支援の具体的内容・研修希望日程等の詳細をご記入下さい>				

※記入欄は、全て必須項目となりますので必ず記入してください。

※訪問希望日は、講師の調整がございますので、10日以上先をご予定してください。
研修につきましては、事前に準備及び打ち合わせが必要のため希望日の1ヶ月程度前にお申込み下さい。

※おって当センターから申込内容について、確認のためご連絡申し上げます(☎078-230-0283)。

FAX番号:078-230-0284