

(FAX番号 078-230-0284)

兵庫産業保健総合支援センター
メンタルヘルス対策支援事業 行

メンタルヘルス支援申込書

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	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				
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研修		2 若手職員へのセルフケア研修			
3 こころの健康づくり計画策定		4 こころの健康づくり計画助成金			
5 ストレスチェック制度について		6 職場環境改善計画助成金 Bコース			
7 メンタルヘルス対策の導入		8 その他()			
<希望する支援の具体的内容>					

※ 研修をご希望の際は、事前に準備及び打ち合わせがございますので希望日の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。