

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 (助成金支援以外)	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 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について			6 その他()			
7 こころの健康づくり計画(助成金支援)			※助成金支援につきましては申込多数の為、支援まで1~2か月かかる場合もございますがご了承ください。			
<希望する支援の具体的内容・研修日程等>						

※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。

(助成金支援につきましては、ご希望通り訪問することが困難なため、訪問希望日は記入しないでお申込み下さい)

※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。

また、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。

FAX番号:078-230-0284