

メンタルヘルス支援FAX申込書

年 月 日

事業場名					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>(研修日程は自由記入欄に)</small>	第1希望	月	日	AM・PM	第2希望
			月	日	AM・PM
	上記希望日以外の日程でも調整 可 ・ 不可				
※調整可能な場合は、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()		
<自由記入欄 (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。

※訪問希望日は、講師(メンタルヘルス対策促進員)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合わせが必要なため希望日の1ヶ月程度前にはお申込み下さい。

※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。(兵庫産保センター:078-230-0283)

FAX番号:078-230-0284