

メンタルヘルス対策支援申込書

支援無料

申込日 年 月 日

事業場名			従業員数	人
所在地	〒 - -			
	TEL - -		FAX - -	
担当者	職名	(フリガナ)		
		氏名		
	E-mail			
業種	☐ 製造業	☐ 建設業	☐ 運送業	☐ 電気・ガス・水道
	☐ 情報通信業	☐ 卸・小売業	☐ 金融・保険業	☐ 不動産業
	☐ 飲食・宿泊業	☐ 医療・福祉	☐ 教育、学習支援業	☐ サービス業(その他)
	☐ その他			
事業内容				産業医 ☐ 有 ☐ 無
☐ 個別訪問支援 希望される場合、 ☑をつけて下さい。	第一希望日			希望時間帯
	第二希望日			希望時間帯
支援内容 右の項目で、 支援希望の項目に ☑をつけて下さい。 (複数選択可)	☐ 1 衛生委員会にかかる支援		☐ 7 職場復帰にかかる支援 (職場復帰支援プログラムの作成支援を除く)	
	☐ 2 事業場における実態の把握にかかる支援		☐ 8 教育研修の実施にかかる支援 (管理監督者及び若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施を除く)	
	☐ 3 「心の健康づくり計画」の策定にかかる支援		☐ 9 ストレスチェック制度の導入に関する支援	
	☐ 4 メンタルヘルス対策のための事業場内体制の整備にかかる支援		☐ 10 職場復帰支援プログラム作成支援	
	☐ 5 職場環境等の把握と改善にかかる支援		☐ 11 その他	
	☐ 6 メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応にかかる支援			
☐ 管理監督者向け メンタルヘルス教育 (ストレスチェック含む) 希望される場合、 ☑をつけて下さい。	第一希望日			希望時間帯
	第二希望日			希望時間帯
	参加者見込み数	※ ただし1事業場につき1回のみ。 講師の日程調整のため、少なくとも1カ月程度は余裕を見て下さい。		
☐ 若年労働者向け メンタルヘルス教育 希望される場合、 ☑をつけて下さい。	第一希望日			希望時間帯
	第二希望日			希望時間帯
	参加者見込み数	※ ただし1事業場につき1回のみ。 講師の日程調整のため、少なくとも1カ月程度は余裕を見て下さい。		
希望する支援の具体的内容、現在困っていること等				
☐ 健康経営マイレージ事業のメニューとして実施を希望する。 ※ 全国健康保険協会(協会けんぽ)に事業場名・所在地の情報を提供いたしますので、予めご了承ください。				

※ この申込書にご記入の上、そのままFAX番号へご送信ください。(FAX番号:0857-25-3432)

当センターホームページ内「メンタルヘルス対策」からも申込できます。

鳥取産業保健総合支援センター <https://www.tottoris.johas.go.jp>

(2023.5)