

メンタルヘルス対策支援申込書
送付先 (F A X 096-359-6506)

熊本産業保健総合支援センター TEL : 096-353-5480

平成 年 月 日

申込者氏名				所属・役職			
E-Mail							
申込者の職種	1. 産業医 5. 衛生管理者		2. 保健師・看護師 6. その他 ()		3. 事業主		4. 人事・労務担当者
事業場 又は 団体名	名称						
	所在地	〒 -					
	TEL			FAX			
	労働者数	(男) 人		(女) 人		合計 人	
	産業医	<input type="checkbox"/> 専属 ()		<input type="checkbox"/> 選任していない		<input type="checkbox"/> 嘱託 (【月 回：活動時間 h/1回】)	
	衛生委員会	<input type="checkbox"/> 設置済 (名)		<input type="checkbox"/> 設置していない			
	選任状況	<input type="checkbox"/> 衛生管理者		<input type="checkbox"/> 衛生推進者		<input type="checkbox"/> 設置していない	
	業種 該当箇所に○をお付けください	製造業 建設業 運送業 電気・ガス・水道業 情報通信業 金融・保険業 不動産業 飲食店・宿泊業 医療・福祉業 教育・学習支援業 サービス業 その他 ()					
訪問希望日	◆希望日はできるだけ第2希望日までご記入くださいますようお願いいたします。						
	第1希望日	平成	年	月	日 ()	時	分 ~ 時 分
	第2希望日	平成	年	月	日 ()	時	分 ~ 時 分
所用希望時間	60分 ・ 90分 ・ 120分			準備可能物 ○をつけてください。	PC スクリーン プロジェクター		
訪問先	自社・外部会場 ()						
ご希望の支援内容 □内にし点を入れてください。 (複数可)	支援項目	参加予定人数		支援項目	参加予定人数		
	<input type="checkbox"/> こころの健康づくり計画の策定	名		<input type="checkbox"/> 衛生委員会での調査審議への助言	名		
	<input type="checkbox"/> ストレスチェック制度導入支援	名		<input type="checkbox"/> 職場復帰支援プログラム作成支援	名		
	<input type="checkbox"/> 管理監督者教育研修*	名		<input type="checkbox"/> 若年労働者向け教育研修*	名		
	教育研修 (*付きの支援項目) に関しては、1年に1回のみ無料とさせていただきます。						
*教育研修内容	◆希望される教育支援内容に○をつけてください (複数可：研修時間上、ご希望に沿えない場合もございます) ①メンタルヘルス不調の理解と対策(概論) ②ストレスへの気づきと対処法 ③うつ病の理解と予防法 ④職場でのコミュニケーションづくり ⑤人間関係の改善と自己分析 ⑥職場におけるハラスメント ⑦職場環境等の把握と改善にかかる支援						
ご留意事項	原則無料 でご利用できます。 当センターの検討資料として、支援終了後、担当者様宛にアンケート用紙を送付させていただきます。						
連絡事項等	★支援内容等に、ご質問・ご要望がございましたら下記にご記入ください						