申　込　書

平成27年　　月　　日

送付先ＦＡＸ：０９６－３５９－６５０６

申込者氏名		所属・役職	
Email			
申込者の職種	１．産業医　２．保健師・看護師　３．事業主　４．人事・労務担当者 5. 衛生管理者　6. 産業保健関係者　７．衛生推進者　８.その他（　　）		
事業場又は団体名	名　　称		
	所 在 地	〒	
	ＴＥＬ		FAX
	※従業員数	（男）　　人　（女）　　人　合計　　人	
	産業医	□専属（　　）□選任していない □嘱託（　　）【月　回：活動時間　　h／１回】	
	衛生委員会	□設置済（　　名）□設置していない	
	衛生管理者選任状況	□衛生管理者【有資格者　　名：内届出　　名】 □衛生推進者　　名　□選任していない	
	業種【該当箇所に○】	製造業・建設業・運送業・電気ガス水道・情報通信業・卸小売 金融保険・不動産業・飲食宿泊業・医療福祉業・教育学習業 サービス業・その他（　　）	
訪問希望日	◆希望日はできるだけ第２希望までご記入くださいますようお願い致します 第１希望　平成　　年　　月　　日（　）　時　　分～　時　　分 第２希望　平成　　年　　月　　日（　）　時　　分～　時　　分		
訪問先	自社・外部会場（　　）		

ご希望の支援の内容□内にレ点を入れて下さい。（複数可）

支援項目（所要時間　各項目１回　90～120分）	準備いただくもの	参加予定人数
□　こころの健康づくり計画の策定	労働局からの自主点検票控 年間計画書（準備可能の場合）	名
□　衛生委員会での調査審議への助言		名
□　ストレスチェック制度導入支援		名
□　職場復帰支援プログラム作成支援		名
□　管理監督者教育研修 （一般職員向け研修は有料です。）	準備可能物に○をつけて下さい。 【PC・ｽｸﾘｰﾝ・ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾀｰ】	名

ご留意頂きたい事項	各項目１事業場１回まで無料 当センターの検討資料として、支援終了後、担当者様宛て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。

熊本産業保健総合支援センター（メンタルヘルス対策事業）ＴＥＬ：０９６―３５３―５４８０