**メンタルヘルス対策支援申込書**

　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業場又は団体名 |  | 労働者数 |
| 　　　　　人（企業規模　　　人） |
| 代表者職氏名 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　－ |
| Tel | Fax |
| 担当者職氏名（申込者） | 職名 | 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 |  |
| 主な事業内容 |  |
| 訪問希望日時 | 第１希望　　年　　　月　　　日（　　）　 　時　 　分　～　 　時　　 分 |
| 第２希望　　年　　　月　　　日（　　）　 　時　 　分　～　 　時　　 分 |
| 第３希望　　年　　　月　　　日（　　）　 　時　 　分　～　 　時　　 分 |
| 下記の受けたい支援の事項にチェックを付して（複数可）、希望する支援の具体的内容を差し支えない範囲で記入して下さい。 |
| [ ] 衛生委員会等での調査審議等にかかる支援 | [ ] 職場復帰支援プログラム作成支援 |
| [ ] 事業場における実態の把握にかかる支援 | [ ] 教育研修の実施にかかる支援　　　　　　　　　　（管理監督者・若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施を除く） |
| [ ] 「心の健康づくり計画」の策定にかかる支援 | [ ] 管理監督者向けメンタルヘルス教育の実施 　（対象者　　　 　 人） |
| [ ] 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 | [ ] 若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施 　（対象者　　　 　 人） |
| [ ] 職場環境等の把握と改善にかかる支援 | [ ] ストレスチェック制度導入にかかる支援 |
| [ ] 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 | [ ] 管理監督者向けストレスチェック制度の研修 　（対象者　　　 　 人） |
| [ ] 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） |  |
| 希望する支援の具体的内容 |
| ※支援センター記入欄　　 　　　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　　時　　分担当　　　　　　　　　　　　　（促進員・相談員） |

**本書をＦＡＸにて送信ください。　ＦＡＸ番号　０２９－２２７－１３３５**

**茨城産業保健総合支援センター**