**メンタルヘルス対策支援申込書**

平成　　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　　 平成　　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**