

訪問支援申込書

平成 年 月 日

下記のとおり、メンタルヘルス対策促進員による支援を申し込みます。

事業場の名称						
代表者職氏名						
事業場の住所	〒 (-)					
事業の内容 (業 種)			労働者数	人		
T E L			F A X			
担当者の氏名			担当者の所属 (職 名)			
訪問希望日	第1希望	平成 年 月 日 ()		第2希望	平成 年 月 日 ()	
		午前	午後		午前	午後

希望する支援内容に○をしてください。

- 1 衛生委員会での調査審議への助言
- 2 事業場における実態の把握にかかる支援
- 3 「心の健康づくり計画」の策定にかかる支援
- 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
- 5 職場環境等の把握と改善にかかる支援
- 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
- 7 職場復帰にかかる支援
- 8 教育研修の実施にかかる支援
- 9 ストレスチェック制度の導入に関する支援
- 10 職場復帰支援プログラム作成の支援
- 11 管理監督者向けメンタルヘルス（ストレスチェック含む）教育の実施

*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ください。

*メンタルヘルス対策促進員による支援は無料です。

*追って当センターから訪問日時について調整のため、ご連絡を差し上げます。

*お問い合わせ内容等については、個人情報保護規定に基づき適正に管理しています。

【申込先】奈良産業保健総合支援センター

〒630-8115 奈良市大宮町1-1-32 奈良交通第3ビル3階

電話 0742-25-3100

直接FAXでお申込みください。

FAX 0742-25-3101