

利 用 申 込 書

令和 年 月 日

事業場名 (団体名)					労働者数
代表者	職名			氏名	
所在地	〒 —				名
	電話番号 () —	FAX番号 () —			
担当者	所属			氏名	
	E-mail：				
業 種			業務内容		
訪問希望日 (午前・午後 に○印)	第1 希望	令和 元 年 月 日 ()		第2 希望	令和 年 月 日 ()
		午前	午後		午前

※ 希望する支援内容に☑を入れてください。

産 業 保 健 総 合 支 援 セ ン タ ー	1 専門的な相談対応と個別訪問支援 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ等の方からの相談（専門スタッフがお答えします。） <input type="checkbox"/> 作業環境管理、作業管理等について必要に応じて事業場を訪問してアドバイス <input type="checkbox"/> 職場のメンタルヘルス対策の導入について事業場を訪問してアドバイス <input type="checkbox"/> ストレスチェック制度の導入に関して事業場を訪問してアドバイス <input type="checkbox"/> 病気の治療と仕事の両立に関して事業場を訪問してアドバイス
	2 産業保健スタッフ等への研修会・教育・セミナーの実施 <input type="checkbox"/> 産業保健スタッフ等を対象として専門的・実践的な研修 <input type="checkbox"/> 管理監督者を対象としたメンタルヘルス教育（ストレスチェック制度含む） <input type="checkbox"/> 若年労働者を対象としたメンタルヘルス教育（ストレスチェック制度含む） <input type="checkbox"/> 病気の治療と仕事の両立支援に関するセミナー <input type="checkbox"/> 事業者の方を対象として労働者の健康管理などに関する啓発セミナー <input type="checkbox"/> 労働者の方を対象として労働者の健康管理などに関する啓発セミナー

希望する支援の具体的内容 ※上記希望事項に関する具体的な要望等をご記入下さい。
 ◇研修を希望される場合は、（研修内容、対象者、研修時間など）ご希望内容をご記入ください。
 （申込み時点で相談員等と個別にお話をしている場合には、その旨ご記入下さい。）

センターを知ったきっかけ (該当に☑をして下さい)	<input type="checkbox"/> 1 ホームページ	<input type="checkbox"/> 4 メールマガジン
	<input type="checkbox"/> 2 新聞・テレビ	<input type="checkbox"/> 5 労働基準監督署からの紹介
	<input type="checkbox"/> 3 各団体の会合・説明会等	<input type="checkbox"/> 6 その他 ()