

あて先：FAX 017-731-3660（青森産業保健総合支援センターあて）

E-mail : sanpo02@aomoris.johas.go.jp

★ 原則として希望する「1月以上前」までに申込みください。

## メンタルヘルス対策支援申込書 令和 年 月 日

留意事項	所定期日まで申込できない場合又は講師の都合によりお断りする場合がございます。				
※ 希望する支援内容に☑を入れてください。					
<b>専門担当による相談対応と個別訪問による支援</b>					
1 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策全般について相談を受けたい。					
2 <input type="checkbox"/> 職場のメンタルヘルス対策の導入について支援を受けたい。					
3 <input type="checkbox"/> ストレスチェック制度の導入について支援を受けたい。					
4 <input type="checkbox"/> 職場環境等の把握と改善について支援を受けたい。					
5 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス不調への気づきと対応について支援を受けたい。					
6 <input type="checkbox"/> 職場復帰(支援プログラムの作成を含む)について支援を受けたい。					
7 <input type="checkbox"/> 管理監督者向けメンタルヘルスの教育方法について教育を受けたい。					
8 <input type="checkbox"/> 若年労働者向けメンタルヘルス(セルフケアを中心)の教育を受けたい。					
受けたい場所	いずれかに○印(その他に当たっては名称及び所在地)を記入してください。 ( ・ 自社 ・ 青森産業保健 ・ その他「名称」 ) 総合支援センター 「所在地」 )				
出席予定人数	名				
希望日(午前・午後のいずれかに○印)	第1希望	令和 年 月 日 ( )	第2希望	令和 年 月 日 ( )	
		午前 午後		午前 午後	
事業場名					所属労働者数 名
代表者	職名			氏名	
自社の所在地等	〒 —				
	電話番号 ( ) —	FAX番号 ( ) —			
担当者等	所属			氏名	
	E-mail :				
業 種			業務内容		
<b>希望する支援の具体的内容</b>					
※上記希望事項に関する具体的な要望等(希望する内容、講師、詳細な時間など)を記入してください。 (申込み時点で相談員(講師)等と個別にお話している場合には、その旨記入してください。)					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					

注) 本申込書をFAX又はメールで送信してください。

R0406