

# メンタルヘルス対策支援申込書

令和 年 月 日

事業場名					
業 種		事業内容		労働者数	人
所 在 地	〒				
	TEL			FAX	
担 当 者	部署名			氏 名	
	E-mail				
	職 種	<input type="checkbox"/> 産業医	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 保健師	
	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 衛生管理者・推進者	<input type="checkbox"/> 人事労務担当者		
	<input type="checkbox"/> 事業主	<input type="checkbox"/> 労働者（患者）	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
希望する支援内容 ※希望する支援内容の□にチェックを入れてください。					
<input type="checkbox"/> 個別訪問支援 ※希望する番号に○印を付けてください。【複数可】 *メンタルヘルス対策に精通したスタッフが事業場を訪問し各種支援を行います。 1 衛生委員会にかかる支援 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  <input type="checkbox"/> 職場復帰支援プログラムの作成支援 <input type="checkbox"/> 管理監督者向けメンタルヘルス教育の実施 <input type="checkbox"/> 若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施					
※備考欄（ご希望等）					

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 青森産業保健総合支援センター

**FAX : 017-731-3660**

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

※申込書受領後、当センターからご連絡いたします。

※この用紙に記載された個人情報は、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。