

メンタルヘルス対策支援 申込書

令和 年 月 日

事業場名					従業員数
	代表者	職名	氏名		
所在地	〒				
	TEL			FAX	
担当者	職名		氏名		
	E-mail				
	*毎月、無料で最新の産業保健情報等を掲載したメールマガジンを配信しています。 上記アドレスへの配信を希望されない場合は口に✓をお願いします。 <input type="checkbox"/> 希望しない				
業種			事業内容		
訪問希望日	第一希望	令和 年 月 日 ()	AM ・ PM	第二希望	令和 年 月 日 () AM ・ PM
	上記希望日以外で、ご都合がつきやすい曜日、時間帯等 :				
【希望する支援内容】 希望する支援内容に○を付けて、その具体的内容をご記入ください。					
メンタルヘルス対策のための個別訪問支援	① 事業場内体制の整備		③ 職場復帰支援プログラムの作成		
	② こころの健康づくり計画の策定		④ 職場環境の把握と改善		
ストレスチェック制度にかかる個別訪問支援	① 事業場内体制の整備		③ 集団分析結果の活用、職場環境改善		
	② ストレスチェック実施計画の作成		④ 職場環境改善計画助成金(建設現場コース)		
メンタルヘルス教育	① 管理監督者向けメンタルヘルス教育(支援回数は、1回限り) 参加予定人数 名 メンタルヘルス教育の継続的な実施を普及させるため、メンタルヘルス教育のデモンストレーションを実施し、メンタルヘルス教育の方法について支援します。				
	② 若年労働者向けメンタルヘルス教育(支援回数は、1回限り) 参加予定人数 名 就労して間もない若年層の自殺防止対策のため、セルフケアを促進するための教育を行います。				
希望する支援の具体的内容					
事業場の取組状況(該当に○印)	1. こころの健康づくり計画の作成		(作成済・作成予定・未作成)		
	2. 衛生委員会における健康づくり等に関する調査審議		(審議している・未審議)		
	3. メンタルヘルスに関する教育・研修計画等の作成		(作成済・作成予定・未作成)		
	4. 職場復帰支援プログラムの作成		(作成済・作成予定・未作成)		
センターをお知りになったきっかけ(該当に○印)	1. ホームページ		4. メールマガジン		
	2. 新聞・テレビ		5. 労働基準監督署等からの紹介		
	3. 各団体の会合・説明会等		6. その他 ()		

本書をFAXにて送信してください(希望日の1ヶ月程度前にお申込みください)。おって当センターから訪問日時について調整のため、ご連絡いたします。

福岡産業保健総合支援センター(FAX 092-414-5239)