

# 個別訪問支援申込書

令和 年 月 日

和歌山産業保健総合支援センター 行 (FAX 073-421-8991)

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。

事業場名				
所在地	〒 ー			
	TEL		FAX	
事業の内容 (業種)			労働者数 (人)	
担当者	氏名		職名	
訪問希望日 (後日調整の上、 連絡させていただきます。)	第1希望	月 日( )	午前・午後	時～
	第2希望	月 日( )	午前・午後	時～
	第3希望	月 日( )	午前・午後	時～
希望する支援項目に○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 12 若年労働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				
特に重点的に希望する内容や具体的な内容を差支えない範囲で記入してください。				

\* 必要事項を記入の上、FAXでお申込みください。

\* 追って、当支援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。

\* 記入いただいた内容は、個人情報保護規定に基づき適正に管理いたしますが、当センターの業務の範囲内で使用させていただきます。