

メンタルヘルス対策支援 申込書

鹿児島産業保健総合支援センター宛

FAX 番号：099-252-8003

送信日 令和 年 月 日

事業場名					従業員数
代表者	職名		氏名		名
所在地					
TEL			FAX		
担当者	職名		氏名		
業種			業務内容		
訪問希望日時	<input type="checkbox"/> なし（促進員と相談の上で決定）				
	【第1希望】 令和 年 月 日 時 分～				
	【第2希望】 令和 年 月 日 時 分～				
助言を希望する事項（番号に○を付けてください）					
1	事業場における実態の把握	7	メンタルヘルス不調者の職場復帰支援		
2	事業場内体制の整備	8	「職場復帰支援プログラム」の策定		
3	職場環境の把握と改善	9	管理監督者向けメンタルヘルス研修の実施		
4	メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応の実施	10	若年労働者（含む全社員）向けメンタルヘルス研修の実施		
5	「心の健康づくり計画」の策定	11	ストレスチェック制度の導入		
6	衛生委員会にかかる支援	12	その他（下欄にご記入ください）		
希望する支援の具体的内容					
センターを知ったきっかけ (該当に○印)					
1 ホームページ 2 新聞・テレビ報道 3 各団体の会合・説明会等 4 メールレター 5 労働局・労働基準監督署等からの紹介 6 その他					

本書を FAX 送信ください。

おって“メンタルヘルス対策促進員”より、訪問日時等についてご連絡いたします。

なお連絡は翌日以降になることもありますのでご了承ください。お急ぎの場合はその旨ご記載ください。