メンタルヘルス対策支援利用申込書

長崎産業保健総合支援センター　宛て

令和　　年　　月　　日

事業場名				従業員数 名
所在地	〒			
	TEL		FAX	
ご担当者	職名		氏名（ふりがな）	
	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の配信を　希望する□・希望しない□（どちらかに☑を）				
業　種			事業内容	
訪問希望日	第一希望		第二希望	
	令和　　年　　月　　日（　）AM・PM		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、〇をつけてください。				
メンタルヘルス対策のための個別訪問支援	支援の概要：メンタルヘルス対策促進員が訪問して下記①～④の支援等を行います。 **① 事業場内体制の整備**　**③ 心の健康づくり計画の策定** **② 職場復帰支援プログラムの作成**　**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	支援の概要：メンタルヘルス対策促進員が訪問して下記①～③の支援等を行います。 **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策定**			
メンタルヘルス教育	支援の概要：メンタルヘルス対策促進員が訪問して管理者等にメンタルヘルス教育の方法について教示します。 **① 管理監督者向けメンタルヘルス教育（支援回数は、1年に1回限り）**　**参加予定人数　　名**			
	支援の概要：メンタルヘルス対策促進員が訪問して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。また、他の社員を含めての教育も可です。 **② 若年者向けメンタルヘルス教育（支援回数は、1年に1回限り）**　**参加予定人数　　名**			
希望する支援の具体的内容				

*本書を FAX にて送信してください（希望日の 1～2 ヶ月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。

宛先（FAX 番号　095－848－1177）

独立行政法人労働者健康安全機構　長崎産業保健総合支援センター

＊本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目的以外には使用いたしません。