メンタルヘルス対策支援サービス申込書

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	□ 産業医　□ 保健師・看護師　□ 事業主 □ 労務管理担当　□ 衛生管理者 □ その他　（　　）			

希望する支援内容　□にチェックを入れてください。

- □ 「心の健康づくり計画」の策定に関する支援
- □ 「職場復帰支援プログラム」の作成に関する支援
- □ 管理監督者に対する教育・研修
- □ 若年労働者に対する教育・研修
- □ ストレスチェック制度導入に関する支援
- □ ストレスチェック実施後の職場環境改善等に関する支援
- □ 精神科医、カウンセラー等専門家への相談
- □ その他（具体的に：　　）

【申込先】独立行政法人労働者健康安全機構 京都産業保健総合支援センター

ＦＡＸ：０７５－２１２－２７００

※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。