

訪 問 支 援 申 込 書

高知産業保健総合支援センター宛（FAX：088-826-6151）

平成 年 月 日

事業場名							従業員数
代表者職氏名							
所在地	〒 ー						
	TEL			FAX			
担当者職氏名	職名			氏名			
	E-mail						
業種 事業内容							
訪問希望日	第1希望	平成 年 月 日()			第2希望	平成 年 月 日()	
		午前	午後			午前	午後
助言を受けたい事項 番号に○印を付して、希望する支援の具体的内容を差し支えない範囲で記入して下さい。							
1 衛生委員会にかかる支援				7 職場復帰にかかる支援 (職場復帰支援プログラム作成支援を除く)			
2 事業場における実態の把握にかかる支援				8 教育研修の実施にかかる支援 (管理監督者及び若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施を除く)			
3 「心の健康づくり計画」の策定にかかる支援				9 ストレスチェック制度導入に関する支援			
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				10 職場復帰支援プログラム作成支援			
5 職場環境等の把握と改善にかかる支援				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			
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				12 若年労働者向けメンタルヘルス教育の実施			
希望する支援の具体的内容							

本書をFAXにて送信ください。(送信票等は不要です。)

追って当センターから訪問日時について、調整のためご連絡申し上げます。

ご記入いただきました個人情報につきましては、当センターが責任をもって管理し本件の用途以外に使用することはありません。