

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 》 送信票等は不要です

申込日 令和 年 月 日

(ふりがな) 事業場名		労働者数		
(ふりがな) 代表者名		産業医の有無	有・無	
所在地	〒 -			
	TEL	FAX		
事業内容				
申込担当者	所属部署・役職名	氏名		
申込担当者職種	<input type="checkbox"/> 医師(産業医有資格者) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 医師(上記以外) <input type="checkbox"/> 安全衛生担当者 <input type="checkbox"/> 人事労務管理者 <input type="checkbox"/> その他			
訪問希望日	第1希望	令和 年 月 日 ()	第2希望	令和 年 月 日 ()
		午前・午後 頃		午前・午後 頃
◇ 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ください。				
1. 衛生委員会にかかる支援	※出来るだけ具体的にご記入ください			
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 (職場復帰支援プログラム作成支援を除く)				
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)				
9. ストレスチェック制度導入に関する支援				
10. 職場復帰支援プログラム作成支援				
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				

※ 追って当センターから訪問日時について調整のためのご連絡をいたします。
ご記入いただきました個人情報等につきましては、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。