

# メンタルヘルス対策 (個別訪問) 支援申込書



平成 年 月 日

## 長野産業保健総合支援センター 行

下記のとおり、メンタルヘルス対策促進員による支援を申し込みます。

事業場の名称					
代表者の氏名					
事業場の住所	〒(      -      )				
事業の内容 (業種)			労働者数	人	
TEL			FAX		
担当者の氏名			担当者の所属 (職名)		
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

助言を受けたい事項(該当する番号に○をつけてください。)

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 1 衛生委員会にかかる支援           | 7 職場復帰支援プログラムの作成    |
| 2 事業場における実態の把握          | 8 職場復帰にかかる支援        |
| 3 心の健康づくり計画の策定          | 9 管理監督者向け研修の実施      |
| 4 事業場内体制の整備             | 10 若年労働者向け研修の実施     |
| 5 職場環境等の把握と改善           | 11 ストレスチェック制度にかかる支援 |
| 6 メンタル不調者の早期発見と適切な対応の実施 | 12 その他              |

※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。

- |                                 |            |                  |                |
|---------------------------------|------------|------------------|----------------|
| センターをお知り<br>になったきっかけ<br>(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. メールマガジン | 5. 労働基準監督署等からの紹介 | 6. その他         |

【申込先】 独立行政法人労働者健康安全機構 長野産業保健総合支援センター

〒380-0936 長野市岡田町215-1 フージャース長野駅前ビル4階  
TEL 026-225-8533 FAX 026-225-8535

直接FAXで申込みください。

おって、当センターから、訪問日時等について、調整のためご連絡申し上げます。