

## メンタルヘルス対策促進員による支援申込書

令和 年 月 日

事業場名					従業員数	
代表者	職名		氏名			
所在地	〒					
	TEL			FAX		
担当者	職名		氏名			
	E-mail					
業種			業務内容			
これまでにメンタルヘルス対策促進員による支援を受けたことがありますか？					ある 初めて	
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		午前	午後
【希望する支援内容】希望する支援内容に○をつけて下さい						
<input type="checkbox"/> 「心の健康づくり計画」策定(助成金希望のみ) <input type="checkbox"/> 管理監督者向け研修 1 事業場 1 回のみ <input type="checkbox"/> 若年労働者向け研修(セルフケア) 1 事業場 1 回のみ						
支援申込みに関してご質問のある方はご記入ください						

本書をFAXにて送信ください。 FAX番号 025-227-4412

おって新潟産業保健総合支援センターから訪問日時などの調整のために、ご連絡申し上げます。

新潟産業保健総合支援センター

【所在地】〒951-8055

新潟市中央区礎町通二ノ町2077番地 朝日生命新潟万代橋ビル6F

【TEL】 025-227-4411

【FAX】 025-227-4412