

## メンタルヘルス個別訪問支援申込書 令和 年 月 日

事業場名						従業員数	
代表者	職名			氏名			
所在地	〒 ー						
	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	
支援を希望する事項 ※該当する事項に○印を付けてください。							
1 メンタルヘルス対策全般 2 衛生委員会にかかる支援 3 事業場の実態把握について 4 「心の健康づくり計画」策定 5 事業場内体制の整備 6 職場環境の把握と改善 7 職場復帰と復帰支援プログラム作成				8 メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応について 9 ストレスチェック制度の導入 10 教育研修の実施 ・管理監督者研修 ・若年労働者向け研修(セルフケア) (それぞれ1事業場につき1回のみ)			
その他、希望する支援をご記入ください。(例: メンタルヘルス対策に取り組みたいが、最初に何かから手をつけるべきなのかわからないので教えてほしい 等)							

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。