

相談・訪問申込書

平成 年 月 日

事業場名					労働者数
代表者	職名		氏名		人
所在地	〒				
	TEL		FAX		
担当者	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
助言を希望する事項 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. 衛生委員会等での調査審議の徹底			6. 職場環境等の把握と改善		
2. 事業場における実態の把握			7. メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応の実施		
3. 心の健康づくり計画の策定					
4. 事業場内体制の整備			8. 職場復帰支援		
5. 教育研修の実施			9. その他		
希望する支援の具体的内容					

本書をFAXにて送信ください。 FAX番号 088-656-0550

おって、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。

ご記入いただい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いたします。