



メンタルヘルス対策支援 利用申込書 ( R 年 月 日)

【お申込先】 独立行政法人 労働者健康安全機構  
愛知産業保健総合支援センター

事業場・労働者 共通	(フリガナ) 事業場名			
	所在地	〒 -		
	労働者数	男： 人	女： 人	合計： 人
	事業内容			
	相談者氏名 連絡先	部署： _____	職種： _____	
	氏名： _____,	メール： _____,		
	電話： _____,	FAX： _____,		

【希望する支援内容】 該当項目  にチェック  を入れ、希望する番号に○印を付けて下さい。

1 助成金の活用

- ①心の健康づくり計画策定
- ②ストレスチェック制度の導入
- ③ストレスチェック集団分析結果を活用した職場環境改善
- ④小規模事業場の産業医活用

★助成金についての詳しいお問い合わせ★  
**助成金ナビダイヤル 0570-783046**

2 職場のメンタルヘルス対策

- ①メンタル不調者への対応方法
- ②職場復帰支援



3 教育（管理監督者・若年労働者）

※お申込み内容を確認し、**後日 担当者からご連絡をさせていただきます。**

その他  
連絡事項