

申込日： 令和 年 月 日

ストレスチェック実施申込書

フリガナ			
企業名・団体名			
担当者	フリガナ		所属・役職
	氏名	印	
所在地	〒 ー		
Tel	()	Fax	()
E-mail			受検予定人数 人
実施者	☐ メンタルサポート徳島 産業医 ☐ 貴社の産業医・産業保健スタッフ		
実施形式	☐ PCを用いてメンタルサポート徳島のスタッフがすべて実施 ☐ 紙媒体を用いてメンタルサポート徳島のスタッフがすべて実施(57項目・80項目) ☐ 紙媒体を用いて貴社実施事務従事者が一部実施(57項目・80項目) ☐ 補足面接、医師面接のみ実施		
実施期間 (予定)	令和 年 月 ～ 令和 年 月頃		
集団分析	☐ 希望する ☐ 希望しない		
通信欄			

※太枠内はすべて記入して下さい。□の欄は該当するものに☑をして下さい。

独立行政法人労働者健康安全機構
メンタルヘルス登録相談機関

メンタルサポート徳島

〒770-0862 徳島県徳島市城東町2丁目7番地12
Tel 088-677-3500
Fax 088-677-3595