

申込日： \_\_\_\_\_ 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	⑩	
所在地	〒 _____		
Tel	( _____ )	Fax	( _____ )
E-mail			受検予定人数 _____ 人
実施者	<input type="checkbox"/> メンタルサポート徳島 産業医 <input type="checkbox"/> 貴社の産業医・産業保健スタッフ		
実施形式	<input type="checkbox"/> PCを用いて当機関スタッフがすべて実施 <input type="checkbox"/> 紙媒体を用いて当機関スタッフがすべて実施( 57項目 ・ 80項目 ) <input type="checkbox"/> 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 ) <input type="checkbox"/> 補足面接、医師面接のみ実施		
実施期間 (予定)	_____ 年 月 ~ _____ 年 月頃		
集団分析	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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**

〒770-0942 徳島県徳島市昭和町6丁目25  
Tel 088-677-3500  
Fax 088-677-3595