

令和6年度 協会けんぽ講習会 メンタルヘルスコース

費用無料

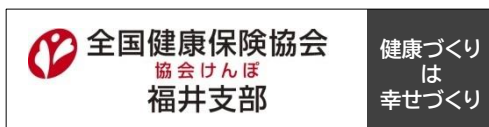
こんな
事業所に
オススメ

- 職場におけるメンタルヘルス対策を進めたい
- メンタルヘルスにかかる管理監督者のTo Doを知りたい
- 従業員の心の健康のため、正しい知識とセルフケア等を知りたい

| 講座名 | 講座内容 |
|------------|--|
| ① 管理監督者 向け | メンタルヘルス指針に定める管理監督者の役割、心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の取り組みやストレスチェックの導入などについて学んでいただけます。 |
| ② 従業員 向け | メンタルヘルス指針に定めるセルフケアの促進について学んでいただけます。 |

| | |
|-------|---|
| 講師 | 福井産業保健総合支援センター(メンタルヘルス対策促進員) |
| 受講者 | 少人数から可能 |
| 研修時間 | 30分～90分(ご都合に合わせて調整します) |
| 費用 | 無料 |
| 申込期限 | 希望日時の1か月前まで |
| 会場・備品 | <ul style="list-style-type: none">・ 事業所の会議室等を利用させていただきます。・ パソコン、プロジェクター、スクリーンのご準備をお願いします。(準備が難しい場合は、ご相談ください)・ オンラインによる講習会(ZOOM等)をご希望の場合は、ご相談ください。 |

お申し込みは裏面の「協会けんぽ講習会申込書」をご記入のうえ、FAXまたは郵送にてご提出ください。



【お問合せ先】 全国健康保険協会福井支部 企画総務グループ
Tel.0776-27-8301

【お申込み先】 福井産業保健総合支援センター
(協会けんぽ福井支部委託機関)
〒910-0006 福井市中央1-3-1 加藤ビル7階
Tel.0776-27-6395

協会けんぽ講習会申込書 (メンタルヘルスコース)

申込み先 福井産業保健総合支援センター

FAX:0776-27-6397

申込日：令和 年 月 日

| | | | |
|-------|----------|----------|-------|
| お申込み者 | 事業所名 | | |
| | 健康保険証記号 | ※7～8桁の数字 | |
| | 事業所所在地 | 〒 | |
| | 事業主名 | | |
| | ご担当部署・氏名 | (部署) | (氏名) |
| | 電話・FAX番号 | (電話) | (FAX) |

| | | | |
|------|---------------------|---|--|
| 依頼内容 | 希望内容 | <input type="checkbox"/> 管理監督者 向け <input type="checkbox"/> 従業員 向け (ご希望の講座いずれかに✓をつけてください) | |
| | 予定人数 | 人 | |
| | 連絡事項があれば ご記載ください | | |

| | | |
|------|------|------------------------|
| 希望日時 | 第1希望 | 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 |
| | 第2希望 | 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 |

| | | | |
|---------|---|--|--|
| 実施について | 実施方法 | <input type="checkbox"/> 訪問(対面)による実施 <input type="checkbox"/> オンラインによる実施 (ご希望の実施方法いずれかに✓をつけてください) | |
| | ●訪問(対面)による実施をご希望の場合、下記会場名・住所・電話番号をご記入ください | | |
| | 会場名 | | |
| | 会場住所 | 〒 | |
| | 電話番号 | | |
| | ●オンラインによる実施をご希望の場合、メールアドレスをご記入ください | | |
| メールアドレス | @ | | |

情報提供等に関する同意 (※当該情報は講習会実施状況の集計等以外に利用いたしません)

上記講習会申込情報を協会けんぽ福井支部へ提供することに同意のうえ申込みします

【注意事項】

・希望日時の1か月前までにお申し込みをお願いします。