この用紙をFAX（0776-27-6397）して下さい。

年　　月　　日

管理監督者教育研修申込書

申込者の氏名			所属・役職	
申込者の職種	1．産業医　2．保健師・看護師　3．事業主 4．労務管理担当者　5．衛生管理者　6．産業保健関係機関 7．その他（　　）			
事業所 又は 団体名	名　称			
	所 在 地	〒		
	ＴＥＬ	－　－	ＦＡＸ	－　－
	従業員数	（男）　人　（女）　人　合計　人		
	業　務・ 業務内容		産業医氏名	有・無（氏名　　）
希望日時 ◎できるだけ第３案までご記入ください。	第１案	年　月　日（　）　時　分～　時　分		
	第２案	年　月　日（　）　時　分～　時　分		
	第３案	年　月　日（　）　時　分～　時　分		
開催場所	自社会議室・外部会場（　　）			
受講対象者	管理職（　　）名 その他（　　）名		受講者人数	合計　　名
ご希望の 研修テーマ・内容	1　メンタルヘルスの基礎知識 1）ストレスとは 2）メンタルヘルス不調 3）心の健康問題の特性 2　職場におけるメンタルヘルスケアの考え方 1）職場におけるメンタルヘルスケア 2）4つのケア 3）傾聴のための技法体験（積極的傾聴法） 3　職場におけるメンタルヘルスケアの進め方 1）安全配慮義務 2）管理職の責任と役割 その他（具体的に記入して下さい。） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿			
パワーポイント使用	可・不可（○をつける）　その他事項＿＿＿＿＿＿＿＿			
※講師名	※センター記入欄です			

〈申込先〉　福井産業保健総合支援センター
〒910-0006　福井市中央1-3-1　加藤ビル7階
FAX 0776－27－6397 / ＴＥＬ０７７６－２７－６３９５