

ストレスチェックサービス申込書

申込年月日 平成 年 月 日

貴事業所名	
所在地	〒
電話番号	

次のとおりストレスチェックの実施を申し込みます。

予定人数	名	
受検者名簿提出日	平成 年 月 日	30 日以上間隔を空けてください。
実施時期(提出締切日)	平成 年 月 日	
集団分析の希望分析内容	性別・部署別・年代別・職種・職位・雇用形態・その他() 切り口数()	ご希望項目に○をお付けください。 一つのカテゴリーが 10 人未満の場合は、実施できません。
事業所の相談窓口等に関する情報等の印字	必要 ・ 不要	いずれかに○をお付けください。
印字テキスト (ストレスチェック結果表に印字されます。)		最大 240 文字 ("¥" マークで改行指示)
事業者による個人のストレスチェックの結果の把握に関する衛生委員会決議内容	・個々人のストレスチェック結果の把握は行わない。 ・同意の有無を確認し、同意のあった労働者のみストレスチェック結果を事業者提供。	いずれかに○をお付けください。
高ストレス者判定方法	・素点換算表を使う方法 ・合計点数を使う方法	いずれかに○をお付けください。
個人結果の事業者への提供同意書封入	・必要 ・ 不要	いずれかに○をお付けください。

実施事務担当者氏名		個人のストレスプロフィールの納品先となります。
部署名		
電話番号		
FAX 番号		
集団分析結果の納品先担当者氏名	<input type="checkbox"/> 実施事務担当者と同じ	集団分析結果の納品先となります。
部署名		
電話番号		

産業医の選任	選任 ・ 選任していない	いずれかに○をお付けください。
選任の場合の氏名		
所属診療所等名称		
所在地	〒	
電話番号		
FAX 番号		
共同実施者就任了解	了解済・未済	いずれかに○をお付けください。
別の共同実施者	選任 ・ 選任していない	いずれかに○をお付けください。
1	選任の場合の氏名	
	所属・資格等	
	共同実施者就任了解	了解済・未済
2	選任の場合の氏名	
	所属・資格等	
	共同実施者就任了解	了解済・未済
結果データを送付する実施者氏名		産業医に送付すべき、個人データを含む CD を産業医以外の実施者の送付する場合
郵便番号		
宛先		

一般財団法人順天厚生事業団 殿

(内部処理欄) 以下は記入しないでください。

処理 ID		システムから入力
事業所コード		システムへ入力

業務課長	保健指導課主任	業務課担当(保管)