

ストレスチェックの実施結果についての助言等 申込書

事業所等の 名称・住所			
〒			
連 絡 先	担当者 ご氏名		
	電話 番号		
	FAX 番号		
	E-mail アドレス		
開催希望 日時	※実施可能な日時をなるべく別曜日で3日ご記入ください。		
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	時 分～	時 分～	時 分～
会 場 名			
会場所在地 (TEL)	〒	(TEL)	
ストレスチェック 実施日・人数	年	月	日 ・ 名
主な相談 内容等			

- 必要事項を記入し、FAX、E-mail 又は郵送で下記までお申し込みください。
- 日程については希望日時の中で調整させていただきますので、必ず可能な日時をご記入ください。事前準備が必要なため、講師決定後のキャンセル・日程変更は認められませんのでご注意ください。(やむを得ない事情を除く)
- 日程調整後、(公社) 富山県精神保健福祉協会から詳細のご連絡をいたします。

<申込先>

〒930-0887 富山市五福 474-2

(公社) 富山県精神保健福祉協会

TEL076-433-0383

FAX076-433-6695

E-mail : seihofky@yu.incl.ne.jp
