様式１

**職場のメンタルヘルス対策企業等**

**アドバイザー・相談員派遣申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　愛知県東三河総局長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

このことについて、次のとおり申込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所  ・団体名 |  | | |
| 区分 | 新規　　　・　　　再 | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話 | （　　　　　）　　　　　― | | |
| FAX | （　　　　　）　　　　　― | | |
| E-Mail |  | | |
| 事業所の常用雇用  する労働者の数  （企業全体の常用労働者数） | 人  （　　　　　　　　　人） | 団体の構成員数  （うち県内の300人  以下企業数） | （　　　　　　　　　　） |
| 参加予定人数 | 人 | 業 　　 種 |  |
| 会場予定 |  | | |
| 内容 | 【　アドバイザー　・　相談員　】 | | |
| 派遣  希望日時 | 第１希望　令和 　　年　　　月　　　日・　　 時　　分から　　　時　　　分まで  第２希望　令和 　　年　　　月　　　日・　 　時　　分から　　　時　　　分まで  第３希望　令和 　　年　　　月　　　日・　 　時　　分から　　　時　　　分まで | | |

※この申込書は、「職場のメンタルヘルス対策企業等アドバイザー・相談員派遣事業」のみに使用し、他には利用しません。