

ストレスチェック申込書

※お手数ですが、申込書は必ずご返送をお願いします。

作成日 年 月 日

事業所	事業所名			担当部署	
				担当者名	
	所在地	〒 Tel(代表) () Tel(直通) () FAX ()			実施人数
実施期間		月 日 ~ 月 日			職場別人数
集団分析 記入を行う場合、 記入して下さいを	職場名 (入りきらない場合は 別紙でお願い致します)	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
		⑥			
集団分析	※下記、いずれかに「○」をお願いいたします。 () 集団分析が必要。 ※職場の受検者が10名未満の場合は、原則実施しません。同意が得られた分は分析可能です。 ⇒ { () 事業所全体での集団分析が必要。 () 全体と部署別単位の集団分析が必要。(※上記に職場名と人数をご記入ください) () 集団分析は不要。				
実施方法	※下記、いずれかに「○」をお願いいたします。 () 健康診断と同時に実施(院内健診受診時に本人が受付に提出、出張健診での提出は不可) () 健康診断とは別で実施(社内一括回収)				
結果の会社控え	※下記、いずれかに「○」をお願いいたします。必要な場合は、提供内容をお選びください。 必要。→ () 紙データ / () 厚生省のソフトを使用したデータ ※結果に同封する同意書に同意した方からのみの提供となります。 () 不要。				
オプション	() 共同実施者を希望する→別途申込用紙を送付致しますので、ご返信をお願い致します。 () 実施事務従事者を希望する→別途申込用紙を送付致しますので、ご返信をお願い致します。 () 高ストレス者の人数開示を希望する→ (全体 ・ 職場毎 ・ 所属毎) ※ご希望のある事業所様は「○」をお願い致します。 ※高ストレス者の人数開示については、注意事項を必ずご確認ください。 当院では、情報開示に関するトラブルの責任は負いかねます。				
備考欄					

※全員のストレスチェック終了後、集団分析をお送りいたします。
 ※ご不明な点がございましたら、お問い合わせをお願いします。

一般財団法人 サニーピア医療保健協会
 サニーピアクリニック 健康診断室
 〒650-0042 神戸市中央区波止場町3番12号
 代表 TEL 078-331-6141 FAX 078-392-8621