

ストレスチェックの仕様確認および申込書

ストレスチェックのお申込みに際し、ストレスチェックの仕様についてご確認いただいた後、お申し込みをいただきますようお願い申し上げます。

●仕様確認項目

ストレスチェックを実施するにあたり、前提条件への同意が必要になりますので、チェックボックスにチェックを入れてください。但し、当連合会では全ての項目に同意が必要になります。

1. 回答シート配布日までの実施スケジュールに関して

- 申し込み書の提出期限は2か月前までといたします。
- 名簿の提出は6週間前までといたします。
- 契約書および仕様書の締結および変更は名簿の提出日までといたします。

2. 個人情報に関して

- ストレスチェックの個人結果の取扱者は、原則実施者及び実施事務従事者とし、個人情報保護規定を順守します。
- ストレスチェックの結果については、当連合会から貴社の実施事務従事者に対し報告いたします。

3. 運用に関して

- 集団分析は、10名未満の分析区分では分析結果をご提供していません。
- 回答シートは全員提出を原則といたします。
- 調査済み回答シートの追加提出は原則受け付けていません。
- 当連合会は実施事務従事者としてデータを取り扱っております。
- 使用調査票は、職業性ストレス簡易調査票の57項目版を使用しております。

●料 金

料金に関しては直接お問い合わせください

基本料金に含まれるもの

・個人結果表 ・分析区分別ストレス判定図 ・電子データ(集団・個人判定データ)

●お申込み

申込予定人数	名	実施希望時期	<input type="checkbox"/> 定期健康診断と同時期に実施希望
			<input type="checkbox"/> 月 上旬 ・ 中旬 ・ 下旬 希望

実施内容を確認し上記のとおり申し込みます。

事業場情報

年 月 日

所在地・名称	〒		名称	
事業場連絡先 および 実施者氏名	事業場代表者氏名	TEL	FAX	実施者氏名
				<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他
実施事務従事者 氏名	お名前(フリガナ)	メールアドレス		<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 安全衛生担当者 <input type="checkbox"/> 総務・人事担当者 <input type="checkbox"/> その他

注:実施事務従事者につきましては、人事権を行使得る方以外での選任をお願い致します。詳細は[厚生労働省のホームページ](#)をご参照ください。

お問い合わせ先

〒390-1243 松本市大字神林字小坂道7107-55

(一社)長野県労働基準協会連合会松本健診所

TEL 0263-40-3911 FAX 0263-40-3651