

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し込みの際、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。尚、お申し込みには下記全ての項目への同意及び、実施者・実施事務従事者の事前選定が必須となります。

1. 回答シート配布日までの実施スケジュールに関して

- 申込書の提出期限は実施希望時期の2か月前までといたします。
- 名簿の提出は提示した期限を遵守願います。
- 一度、提出された名簿の訂正追加は出来かねます。
- 契約書および仕様書の提出と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は、実施者及び実施事務従事者が行ってください。**本人の同意なしに第三者への提供は禁止です。**遵守願います。
- ストレスチェックの結果については、当連合会から実施事務従事者に報告いたします。

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おりません。
- 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おりません。
- 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) ・相談窓口紹介

●お申し込み

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 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	〒	代表者氏名	お名前(フリガナ)
名称			
TEL	— —	FAX	— —

実施者(産業医/医師等)氏名	お名前(フリガナ)	産業医/医師の所属医院・病院名等	<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	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