

様式 1

第 号
年 月 日

公立学校共済組合山形支部長 殿

所属所名

所属所長名

メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザー派遣申込書

下記のとおり、メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザーの派遣を希望します。

記

派 遣 場 所			
派 遣 希 望 日 時		相 談 予 定 者	主 な 相 談 内 容
年 月 日 () : ~ :		職 名 ・ 人 数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他 ()
年 月 日 () : ~ :		職 名 ・ 人 数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他 ()
年 月 日 () : ~ :		職 名 ・ 人 数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他 ()
連絡担当者	職氏名		電話番号

【お申込みについてのご注意】

事前にアドバイザーとの日程調整が必要ですので、正式依頼の前に公立学校共済組合山形支部（山形県教育庁福祉厚生課内）健康管理担当（電話 0 2 3 - 6 3 0 - 2 8 8 2）あてご連絡ください。

様式3

第 号
年 月 日

公立学校共済組合山形支部長 殿

所属所名

所属所長名

メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザー派遣事業実施報告書

下記のとおり、メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザーによる支援が終了したので報告します。

記

派遣場所			
派遣アドバイザー氏名			
派遣日時	相談者	主な相談内容	
年 月 日 () : ~ :	職名・人数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他()	
年 月 日 () : ~ :	職名・人数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他()	
年 月 日 () : ~ :	職名・人数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他()	
連絡担当者	職氏名	電話番号	