

様式 1

第 年 月 日 号

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（山形県教育局福利厚生課内）健康管理担当（電話023-630-2882）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	