

# 「事業場内メンタルヘルス推進担当者養成研修」開催のご案内

主催 中央労働災害防止協会 協賛 (社)兵庫労働基準連合会

厚生労働省が策定した「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平成18年3月公示）では、職場のメンタルヘルス対策を進めるために、「事業場内メンタルヘルス推進担当者」を選任する努力義務が規定されています。

本セミナーは、厚生労働省が公表しているカリキュラムに準じており、中災防の専門家により、心の健康づくり計画の策定からメンタル不調者への対応、職場復帰のための支援、職場環境等の改善等、メンタルヘルス対策に必要な知識を幅広く、かつ、包括的に学ぶことが出来ます。

メンタルヘルス推進担当者、人事労務管理スタッフ、衛生管理者、保健師・看護師等は勿論、メンタルヘルス対策を学びたい、充実したい方にとって、極めて有意義な研修内容となっています。

なお、今年度は、中小規模事業場安全衛生活動支援事業（300人未満の事業場一企業規模ではありません）で労災保険適用事業場が対象になります）による割引制度（約40%割引）が利用できますのでこの機会を是非ご利用下さい。

(注) 本研修修了者は「事業場内メンタルヘルス推進担当者」に該当します。

- 1 開催日時 : 平成24年2月28日(火)～29日(水)
- 2 開催場所 : マークラー神戸ビル 4階講習会場 (略図参照)  
神戸市中央区雲井通4丁目2-2 JR三宮駅東口下車徒歩(5分)中央区役所東隣
- 3 カリキュラム (都合により変更される場合があります。)

1日目(時間)	内容	2日目(時間)	内容
9:00～	受付	9:30～10:30	講義 職場環境等の把握と改善の方法
9:30～9:50	開講式(挨拶等)	休憩	
9:50～10:50	講義 事業場内におけるメンタルヘルスクエア	10:40～12:00	講義 企業のリスクマネジメントとコンプライアンス、 個人情報の保護への配慮
休憩			
11:00～12:00	講義 ストレス及びメンタルヘルスクエアに関する基礎知識	昼食(休憩)	
昼食(休憩)		13:00～14:00	講義 職場復帰における支援の進め方
13:00～14:00	講義 心身医学・精神医学の基礎	休憩	
休憩		14:10～15:10	講義 関係者との連携及び情報提供の進め方
14:10～15:10	講義 働く人のうつ病と自殺予防への対応	休憩	
休憩		15:20～16:50	討議 事例研究
15:20～17:00	講義・実習 メンタルヘルス教育の進め方	16:50～17:00	閉講式(修了証授与)

- 4 定員 50名(定員になり次第申し込みを締め切ります。)
- 5 参加費 30,000円(中災防・連合会会員・基準協会会員事業場の方)  
(但し、300人未満の事業場で労災保険適用事業場の方は18,000円)  
34,000円(上記以外のその他一般事業場の方)  
(但し、300人未満の事業場で労災保険適用事業場の方は20,000円)  
(いずれも資料代及び消費税を含みます。昼食は各自ご用意下さい。)
- 6 申し込み方法

別紙の申し込み用紙に必要な事項記入のうえ、返信用封筒(あて先を記入して下さい。)及び同切手(80円切手)貼付の上、連合会あて郵送して下さい。当方で受付け後、確認の書面(お送り頂いた書面に「受付」の印を押したものを)を返送します。確認の書面が着信次第、下記の振込先へ参加費を振り込み下さい。(振り込み期限2月15日(水))

なお、当方から返送する「受付」印を押した書面は、研修会当日必ずご持参下さい。

(注) 割引制度を利用される場合は、直近の「労働保険 概算・増加概算・確定保険料申告書(事業主控え)」の写しを申し込みの際同封して下さい。

7 申し込み先

(社) 兵庫労働基準連合会  
〒651-0096 神戸市中央区雲井通  
4丁目2-2 マークラー神戸ビル12階

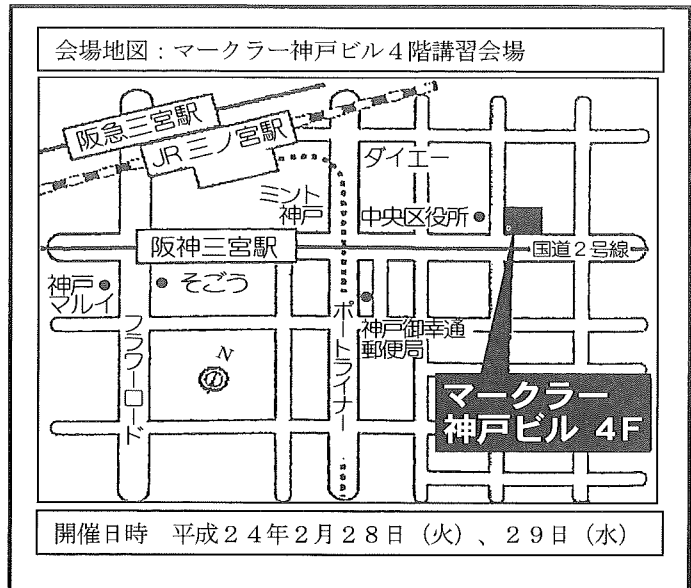
8 参加費振込先

三菱東京UFJ銀行 三田支店  
普通預金 口座番号 0500387  
名義人 中央労働災害防止協会

9 問い合わせ先

(社) 兵庫労働基準連合会  
☎ 078-231-6903  
(担当 岸本)

(注) 申し込み先と参加費振込先が異なりますので、ご留意下さい。



----- 切り取り線 -----

事業場内メンタルヘルス推進担当者養成研修申込書 (24. 2. 28~29)			
事業場名			中災防・連合会・基準協会会員 非会員(どちらかに○を付けて下さい。)
事業場規模	人	業種	
割引制度利用の有無	割引制度を利用する 割引制度を利用しない (いずれかに○を付して下さい)		
事業場所在地	〒		
担当者氏名	担当者連絡先 電話番号		
担当者所属部署	FAX		
参加者氏名	フリガナ	所属部署	登録(修了)済みTHP指導者の名称
男、女 (年代 歳代)			健康測定研修修了医師、ヘルスケアトレーナ、ヘルスケアリーダ、心理相談員等資格のある方は○印、無い方は不要です。
男、女 (年代 歳代)			健康測定研修修了医師、ヘルスケアトレーナ、ヘルスケアリーダ、心理相談員等資格のある方は○印、無い方は不要です。
通信欄	参加費振り込み予定日 月 日		

- 1 受付印を押した書面(参加証)、筆記用具をご持参下さい。
- 2 提出頂いた個人情報、当連合会が責任を持って保管・管理し、本研修会の的確な実施にのみ利用いたします。
- 3 修了証を交付しますので、参加者欄は正確かつ丁寧に記入下さい。
- 4 割引制度利用の有無について、(利用する、利用しない)に○を付して下さい。
- 5 登録(修了)済THP指導者の名称欄は該当する場合、いずれかに○を付して下さい。

無い方は記入の必要はありません。