



## ストレスチェック申込書

公益財団法人栃木県保健衛生事業団 理事長 様

会社・団体名					
代表者名		⑩			
所在地		〒 -			
連絡先	TEL	( ) -	FAX	( ) -	
	担当部署				
	担当者名		Eメール		

次のとおりストレスチェック（SC）の実施を申し込みます。

記入上のお願い

- ・ 該当箇所を○で囲むか、必要事項をご記入ください。
- ・ 現在のところ、チェックは「紙方式」だけの対応となります。
- ・ 実施にあたりましては、社員情報の事前提供（デジタルデータ）が必要となります。

SCコース・予定人数	Aコース ・ Bコース	名
調査希望時期	第1希望： 年 月	第2希望： 年 月
実施スタイル	健康診断と同時に実施	健康診断とは別に実施

↓ 提供希望（該当箇所に○）

オプション	面談	フォローアップ面談		
	集団分析評価 (集計表・報告書)	簡易版		
		標準版		
		標準版+解説		
		部署別調査結果書		部署
	結果説明	衛生委員会		
		管理者向け説明会等		
	研修	職場改善セミナー		

【ご要望や不明な点がございましたら、お手数ですが下欄にご記入ください。】