

# ストレスチェック（外部委託） 申込書

株式会社産業医大ソリューションズ 御中

申込日：      年      月      日

次のとおり、ストレスチェック（外部委託）を申し込みます。

※「必須」と記載のある項目は、必ずご記入・ご選択ください。

|                    |                                                                                         |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名 必須 ※          |                                                                                         |
| ご担当者お名前 必須 ※       |                                                                                         |
| 連絡先 電話番号 必須 ※      |                                                                                         |
| メールアドレス 必須 ※       |                                                                                         |
| ストレスチェック希望実施時期 必須※ | 年      月<br>※〇〇年〇月の形式でご記入ください                                                           |
| ストレスチェック対象人数（概数）   | 約      名                                                                                |
| ストレスチェック受検の方法 必須   | <input type="checkbox"/> WEB 受検 <input type="checkbox"/> 紙受検<br>※いずれか一つを選択してください        |
| 部署ごとのストレス分析 必須     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>※「無」の場合も、事業所全体のストレスチェックは実施します。 |
| 部署ごとの分析の部署数（概数）    | 約      部署<br>※部署ごとの分析が「有」の場合のみご記入ください                                                   |
| その他                | ご要望・ご質問などがございましたらご記入ください。                                                               |

【個人情報の取扱いについて】

ご記入いただいた情報は、本サービスのご提供およびご連絡の目的にのみ使用いたします。