

姫路市医師会ストレスチェックサービス申込書

貴機関の実施する「姫路市医師会ストレスチェックサービス利用規約」に定められた条件に同意し、下記のとおり本サービスの申し込みを行います。

記

実施事業場

事業場名	
事業場住所	〒 ー

申し込み担当者

氏名				印
所属部署				
連絡先	TEL		FAX	
	e-mail			

申し込み内容

	利用項目	単価	数量
<input type="checkbox"/>	ストレスチェック(57項目版)	円/人	人
<input type="checkbox"/>	職場評価(57項目) (仕事のストレス判定)	円/人	人
<input type="checkbox"/>	ストレスチェック(80項目版)	円/組織(部署)	組織(部署)
<input type="checkbox"/>	職場評価(80項目) (Aレポート:職場のいきいきプロフィール他、Bレポート: 仕事のストレス判定、Cレポート:職場ハラスメント)	円/組織(部署)	組織(部署)
<input type="checkbox"/>	相談指導	円/人	ー
<input type="checkbox"/>	導入研修		ー
<input type="checkbox"/>	集団分析に関する説明		ー
<input type="checkbox"/>	職場ケア研修		ー

*ストレスチェック(57項目版)とストレスチェック(80項目版)の併用受診はできません。