

関西福祉科学大学 EAP 研究所 メンタルヘルス推進者育成プログラム  
 「認定メンタルヘルス推進マネージャー」資格申請書

記入例

申請日：平成 年 月 日

フリガナ 申請者氏名： <b>フクシ タロウ</b> <b>福祉 太郎</b>
勤務先： <b>学校法人玉手山学園 関西福祉科学大学</b>
所属部署・役職名： <b>EAP 研究所</b>
住所： <b>〒 541-0043 大阪府大阪府中央区高麗橋 4-5-12</b>
※記載の宛先に証書を送付致します。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 職場
電話： <b>06 ( 6205 ) 3988</b> FAX： <b>06 ( 6205 ) 3988</b>
E-mail： <b>eap-ins@forest.ocn.ne.jp</b>
申請資格：メンタルヘルス推進マネージャー <input type="checkbox"/> 初級 (通算 30P) <input checked="" type="checkbox"/> 中級 (通算 60P) <input type="checkbox"/> 上級 (通算 80P) (該当する項目をチェックして下さい)
保有資格：メンタルヘルス推進 <input checked="" type="checkbox"/> 担当者 / マネージャー <input checked="" type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 上級 (該当する項目をチェックして下さい)

ご受講済み対象講習と獲得ポイント※裏面の注意事項をご一読の上、下記ご記入下さい。

対象講座			
「こころの健康と経営戦略」フォーラム			
受講年度	平成 <b>22、23、24、25、26</b>	年度	各 3P× ( <b>4</b> ) 回
事業場内メンタルヘルス推進担当者養成講座 基礎理論コース 2 日間 (旧：基礎コース) ※2 日間のご参加が前提条件となります。			
受講年度	平成	年度	各 9P× ( ) 回
	平成 22 or (23) (ご受講の年度に○を付けてください。)	年度	各 10P× ( <b>1</b> ) 回
事業場内メンタルヘルス推進担当者養成講座 演習コース 1 日目 (旧：アドバンストコース)			
受講年度	平成 <b>24、25、26</b>	年度	各 4P× ( <b>2</b> ) 回
	平成 22 or 23 (ご受講の年度に○を付けてください。)	年度	各 5P× ( ) 回
事業場内メンタルヘルス推進担当者養成講座 演習コース 2 日目 (旧：アドバンストコース)			
受講年度	平成 <b>24、25、26</b>	年度	各 4P× ( <b>2</b> ) 回
	平成 22 or 23 (ご受講の年度に○を付けてください。)	年度	平成 22 年度 5P 平成 23 年度 3P
事業場内メンタルヘルス推進担当者養成講座 アドバンストコース 1 日目 (旧：産業保健スタッフコース)			
受講年度	平成 <b>24、25、26</b>	年度	各 4P× ( <b>2</b> ) 回
事業場内メンタルヘルス推進担当者養成講座 アドバンストコース 2 日目 (旧：産業保健スタッフコース)			
受講年度	平成 <b>24、25、26</b>	年度	各 4P× ( <b>2</b> ) 回
職場メンタルヘルス事例検討会			
受講年度	平成 <b>24、25、26</b>	年度	各 1P× ( <b>2</b> ) 回

※記入例はホームページをご確認ください。

受付日

<事務処理欄>

証明書番号

--	--	--

--