

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
「メンタルヘルス推進マネージャー」資格申請書

申請日： 年 月 日

| | |
|---|----------------|
| フリガナ 申請者氏名： _____ | |
| 勤務先： _____ | |
| 所属部署・役職名： _____ | |
| 住所： 〒 _____ <small>※記載の宛先に証書を送付致します。 <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>職場</small> | |
| 電話： () _____ | FAX： () _____ |
| E-mail： _____ | |
| 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 type="checkbox"/> 中級（通算 60P） <input type="checkbox"/> 上級（通算 80P） <small>（該当する項目をチェックして下さい）</small> | |
| 保有資格：メンタルヘルス推進 <input type="checkbox"/> 担当者 / マネージャー <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 上級 <small>（該当する項目をチェックして下さい）</small> | |

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 | 年度 | 各 3P× () 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 <small>※2 日間のご参加が前提条件となります。</small> | | |
| 受講年度 | 年度 | 各 9P× () 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 | | |
| 受講年度 | 年度 | 各 4P× () 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 | | |
| 受講年度 | 年度 | 各 4P× () 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 | | |
| 受講年度 | 年度 | 各 4P× () 回 |
| 職場メンタルヘルス事例検討会 | | |
| 受講年度 | 年度 | 各 1P× () 回 |

※記入例はホームページをご確認ください。

＜事務処理欄＞

| | | | | |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|-----|
| 証明書番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 受付日 |
| | | | | |

【注意事項】

・本資格の申請には 3,000 円の申請費用が必要です。申請費用のお振込先は下記の通りとさせていただきます。

申請書のご提出後、審査が完了次第、事務局よりお知らせ致しますので申請費用をお振込ください。

ご入金を確認後、証明書を発行致します。

・本資格の申請には、「認定メンタルヘルス推進担当者」の資格保有が前提となります。

申請のお手続きがお済みでない場合は「認定メンタルヘルス推進担当者」の申請をお願い致します。

・同講習を複数の年度でご受講の場合は、受講されましたすべての講座の年度をご記入ください。

・既に、「認定メンタルヘルス推進担当者」の資格をお持ちの場合、お持ちのポイントに累積加算され通算でのポイント獲得となります。

・累積ポイントで取得可能な資格は下記の通りです。

累積獲得ポイント : 30P メンタルヘルス推進マネージャー初級

累積獲得ポイント : 60P メンタルヘルス推進マネージャー中級

累積獲得ポイント : 80P メンタルヘルス推進マネージャー上級

・メンタルヘルス推進マネージャー中級の申請には、初級の取得が前提となります。

・メンタルヘルス推進マネージャー上級の申請には、中級の取得が前提となります。

・ご記入頂きました個人情報、証明書発行のために使用し、その他の目的には使用しません。

<お振込先>りそな銀行 柏原支店(店番 205) 普通 0222229

(口座名義) 関西福祉科学大学 EAP 研究所

※振込時には申込者の氏名を入力して下さい。

※振込手数料はご負担下さい。振込書をもって領収書に代えさせていただきます。

なお、ご入金頂きました申請費用のご返金はいたしかねますので、あらかじめご了承下さい。

<送付先・お問合せ先>

〒541-0043 大阪府大阪市中央区高麗橋 4 丁目 5-12 TERASOMA ビル 2 階 ナカトミファティীগケアクリニック内
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係 宛

Tel/Fax : 06-6205-3988