

年度
「長崎県職場の健康づくり応援事業」申込書

様

事業所名

(実施責任者名

)

1. 事業所の概要

事業所の所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
業種(業務内容)	
勤務体制	<input type="checkbox"/> 日勤のみ <input type="checkbox"/> 交代勤務(夜勤あり)(従業員の 割程度)
従業員数(男女別) ※パート職員等除く	男性()名、女性()名 計()名
従業員年齢(男女別) ※パート職員等除く	男性:40歳未満()名、40歳~60歳未満()名、60歳以上()名 女性:40歳未満()名、40歳~60歳未満()名、60歳以上()名
医療保険の種類	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 私立学校職員共済組合
健康経営宣言の有無	<input type="checkbox"/> 認定事業所 <input type="checkbox"/> 宣言事業所 <input type="checkbox"/> 何もしていない事業所

2. 申し込み事項

希望日時 (第1希望)	平成 年 月 日(分 ~ 曜日) 午前・午後 時 分
希望日時 (第2希望) ※第2希望までご記入下さい	平成 年 月 日(分 ~ 曜日) 午前・午後 時 分
実施場所	<input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> その他()
実施テーマ (1つ選択してください。)	<input type="checkbox"/> 栄養・食生活 <input type="checkbox"/> 身体活動・運動 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 歯・口腔の健康 <input type="checkbox"/> こころの健康
受講希望テーマに関する具体的な内容	
参加予定者数 (パート職員等含)	名(うち男性: 名、女性 名)
交通手段 (講師訪問時の駐車)	自家用車 可 ・ 不可(駐車場無)
その他特記事項 (事業所の健康課題等を自由に記入ください)	

(注意) 1、希望日の2か月前までに所在地の県立保健所(長崎市、佐世保市所在地の場合は各市の健康づくり課)にお申し込みください。

2、講師等との日程調整が整わないときは実施できない場合があります。また、地域によっては講師を派遣できない場合もありますのであらかじめご了承ください。