**中北地域・職域保健連携推進協議会　講話申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 業　　種 |  |
| 住　　　所 | 〒 | 参加予定人　　数 |  | 人 |
| 内訳 | 男性 |  | 人 |
| 女性 |  | 人 |
| 電話番号ＦＡＸ |  | E-mail |  |
| 担 当 者 | ふりがな　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　 | 連絡先：連絡の取りやすい時間帯： |  |
| 希望日時 | 第一希望　令和　　年　　月　　日　（　　）　　　　：　　　～　　　：第二希望　令和　　年　　月　　日　（　　）　　　　：　　　～　　　：第三希望　令和　　年　　月　　日　（　　）　　　　：　　　～　　　： |
| 希望分野 | 栄養　　喫煙　　口腔　　糖尿病　（いずれかに○をつけてください） |
| アンケート（必須） | 希望分野を選ぶきっかけの従業員の健康状況 | ・ 希望分野に関連する健康状態で気になる従業員が多い。・ 健康診断で異常者が多い。（ 肥満 ・ 血圧 ・ 脂質 ・ 血糖 ）・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 社内での健康に関する取り組みの実施状況 | 有　・無（いずれかに○をつけてください）※有の場合、内容を書いてください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 盛り込んで欲しい内容や現在困っていること |  |

**【以下は、申込者の記載は不要です（中北保健福祉事務所（中北保健所）で記載します）】**

■ご依頼いただいた内容について、下記のとおり決定しましたので、お知らせします。

　講師から直接連絡がありますので、当日の流れ等確認してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実　施　日 | 講師（団体名および氏名）　連　絡　先 | 事業所の講師派遣に係る講師謝金・旅費の負担 |
| 令和　年　月　日（　）　　：　　～　　： | 電話番号： | 無料・有料 |

送付先：中北保健福祉事務所(中北保健所)　健康支援課

ＦＡＸ：0551-23-3075（送付票不要）

メール：ch-hokenf@pref.yamanashi.lg.jp