

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
電話番号 F A X		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	<ul style="list-style-type: none"> 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

F A X : 0551-23-3075 (送付票不要)

メール : ch-hokenf@pref.yamanashi.lg.jp