**三八地域働く人の健康づくり応援プログラム（講師派遣）申込書**

様式第１号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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： |  |
| 希望分野・講師 | 分野名：講師名：※がん分野については事業所の所在地の自治体保健師等が講師となります |
| 実施方法 | * 事業所に講師派遣
* オンライン対応　　（□別途、オンライン講習チェックリスト確認済）

※オンライン対応の場合、通信環境確認のためテスト接続をしますので、後日日程を調整致します |
| 希望日時 | 第一希望　令和　　年　　月　　日　（　　）　　　　：　　　～　　　：第二希望　令和　　年　　月　　日　（　　）　　　　：　　　～　　　： |
| アンケート**（必須）** | 従業員の健診実施先 | ・ 青森県総合健診センター　　　・ 八戸市総合健診センター・ 八戸西健診プラザ　　　　　　・ 五戸町健診センター・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 講師の選びやすさ | ・ 選びやすかった　　　・ 選びにくかった　理由　　　 |
| 講師を選ぶきっかけの従業員の健康状況 | ・ 健康診断で異常者が多い。（ 肥満 ・ 血圧 ・ 脂質 ・ 血糖 ）・ 関連する健康状態で気になる従業員が多い。・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 盛り込んで欲しい内容や現在困っていること |  |

■**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。**

|  |  |
| --- | --- |
| **実施日** | **事業所の講師派遣に係る****講師謝金・旅費の負担** |
| 第一希望　・　第二希望　・　その他（　　　　　　　　　　　）※オンラインのテスト接続日程：　　月　　日（　）　：　～　：送　付　先：三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）　健康増進課ＦＡＸ番号：0178‐27‐1594（送信票不要）　　ＴＥＬ：0178‐27‐5111（内線304）メールアドレス：HA-HOKEN@pref.aomori.lg.jp | 無料　・　有料 |