送付先：八戸市保健所　健康づくり推進課　成人保健グループ

ＦＡＸ：0178-38-0735（送信票不要）

ＴＥＬ：0178-38-0713

**働く人の健康応援講座　講師派遣申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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： |
| 希望テーマ | □生活習慣病と適正体重の維持について□バランスの良い食事について□がんと生活習慣病について□女性の健康とがんについて |
| 会　　　場　　　　 | 　※オンラインは、対応しておりません。 |
| 希望日時 | 第一希望　令和　　年　　月　　日　　（　　）　　　　：　　～　　　：第二希望　令和　　年　　月　　日　　（　　）　　　　：　　～　　　：※ご希望の１ヵ月以上前にお申込みください。 |
| アンケート（必須） | 従業員の健診実施先 | * 八戸市総合健診センター　　・　八戸西健診プラザ
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 従業員の健康状態で気になること | * 健康診断で異常者が多い。（ 肥満 ・ 血圧 ・ 脂質 ・ 血糖 ）
* その他（　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 盛り込んで欲しい内容・現在困っていること |  |

健康づくり推進課へ電話でお申し込み後、FAXを送信して下さい。

  (注意)他団体と希望日時が重複していた場合には、日程等を調整していただくことがあります。

■以下、健康づくり推進課記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡日時　　 | 　　　　 |
| 実施日 | 第一希望　・　第二希望　・　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 事前打合せ日 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 R7.4作成