

健康づくり推進宣言項目見直しについて

宣言時にご記入いただいた取組み項目を見直す場合はご記入下さい。

健康づくり推進宣言項目

必須項目（すべての宣言事業所様に必ず取り組んでいただく項目となります。）

| | |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 従業員の健診100% 必須 | 特定保健指導の実施 必須 |
| | どちらか1つ 選んでチェック |
| | <input type="checkbox"/> 前年度以上の実施率 |
| | <input type="checkbox"/> 50%以上の実施率 |
| ※ご記入漏れの場合は、見直し前と同様といたします。 | |

個別の取組項目（取組み内容の見直しができます。）

| | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食生活の見直し | (例) ヘルシー弁当の導入、自動販売機の飲料を低カロリーのものにする |
| <input type="checkbox"/> 運動の推進 | (例) 階段の利用促進、ラジオ体操の実施、スポーツジムの利用促進 |
| <input type="checkbox"/> 禁煙・分煙対策 | (例) 施設内禁煙、禁煙セミナーの開催 |
| <input type="checkbox"/> 適正なアルコール摂取の働きかけ | (例) 休肝日の設定、お酒の適正な飲み方やマナーの周知 |
| <input type="checkbox"/> 心の健康づくり | (例) メンタルヘルス研修の実施、相談体制の確立 |

上記のとおり健康づくり推進宣言項目を見直します。

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険証の記号 7ケタまたは8ケタの数字を ご記入ください | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | |
| ご担当者様お名前 | 様 | | | | | | | | |
| ご連絡先電話番号 | | | | | | | | | |

