

特定保健指導従事者名簿

機関名 _____

	ふりがな 氏名	職名(資格)	勤務形態	経験年数
1			常勤・非常勤	年
2			常勤・非常勤	年
3			常勤・非常勤	年
4			常勤・非常勤	年
5			常勤・非常勤	年
6			常勤・非常勤	年
7			常勤・非常勤	年
8			常勤・非常勤	年
9			常勤・非常勤	年
10			常勤・非常勤	年
11			常勤・非常勤	年
12			常勤・非常勤	年
13			常勤・非常勤	年
14			常勤・非常勤	年
15			常勤・非常勤	年
16			常勤・非常勤	年
17			常勤・非常勤	年
18			常勤・非常勤	年
19			常勤・非常勤	年
20			常勤・非常勤	年

※1 職名(資格)欄には、医師、保健師、管理栄養士、事務等の職名を記入すること。

※2 職名(資格)欄が医師、保健師、管理栄養士以外の者に特定保健指導を行わせる場合は、厚生労働省通知「平成20年3月10日付特定健康診査及び特定保健指導の実施について」(健発第0310007号、保発第0310001号)で定められている確認書類を提出してください。