

従業員のみなさまの健康づくりをサポート！

健康づくりセミナーの講師派遣先を募集します

【健康づくりセミナーの目的】

貴事業所における「健康経営®」の取り組みを協会けんぽが支援します。

※「健康経営®」は NPO 法人健康経営研究会の登録商標です。

【健康づくりセミナーの講師】

委託事業者（株式会社くまもと健康支援研究所）から派遣します。

【セミナー講師派遣の概要】

実施期間	令和5年10月10日（火）～令和6年3月15日（金）
実施方法	対面 または オンライン（Zoom もしくは Teams） ※対面での場合の会場及びオンラインでの実施の場合のタブレット等の通信機器は事業所様にてご準備願います。 ※講師派遣先は、熊本県内に限ります。
対象者※最少催行人数5名	① 全従業員 ② 幹部・管理職 ③ 希望者
内容（最大2つ）	①食習慣 ②運動 ③肩こり腰痛予防 ④お口の健康 ⑤メンタルヘルス対策 ⑥禁煙・受動喫煙防止 ⑦飲酒習慣 ⑧熱中症対策 ⑨がん対策 ⑩感染症予防対策
時間	① 30分（1テーマ） ② 60分（2テーマ）

【セミナー（講師派遣）の申し込み方法】

<申込受付期間>

令和5年9月1日（金）～セミナー実施希望日の1か月前まで

・裏面の「健康づくりセミナー（講師派遣）申込書」をご記入のうえ、令和5年9月1日（金）以降、セミナー実施希望日の1か月前迄に、協会けんぽ熊本支部までFAXにてお申し込みください。

【注意事項】

- ① セミナーの講師は、委託事業者（株式会社くまもと健康支援研究所）から派遣します（事業所様で講師の選択はできません）。
- ② 申込受付後、3営業日以内に申込受付完了の旨を協会けんぽからお電話します。
- ③ 委託事業者より申込書到着から2週間以内に確認のお電話をします。2週間経過後も連絡がない場合は、協会けんぽ熊本支部までお問い合わせください。
- ④ ヘルスター健康宣言の“再”宣言がお済でない事業所様については、ヘルスター健康宣言シートの“再”提出をお願いします。
- ⑤ 協会けんぽへ健診結果の提供、特定保健指導の受入れを依頼する場合があります。
- ⑥ セミナーの実施にあたっては、協会けんぽ及び委託事業者の指示に従います。

<お申込み受付開始>

FAX:096-241-8330

9月1日(金)～

※申込書受付後、3営業日以内に申込受付完了の旨を協会けんぽ熊本支部からお電話いたします。

健康づくりセミナー（講師派遣）申込書

1. 希望日・希望時間

※セミナー実施日は 10月10日(火) から3月15日(金) まででご選択ください

例) 1月25日(月)	13:00から16:00の間
第一希望: 月 日()	: から : の間
第二希望: 月 日()	: から : の間
第三希望: 月 日()	: から : の間

(ご担当者様氏名)

(メールアドレス) @

(セミナー実施方法に✓印)

- ① 対 面 事業所所在地と同じ 別会場 (住所:)
② オンライン ZOOM TEAMS

2. セミナー参加人数・対象者（最少催行人数5名）人数記入・該当欄に✓印

約 _____ 名	<input type="checkbox"/> 全従業員	<input type="checkbox"/> 幹部・管理職	<input type="checkbox"/> 希望者
-----------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------

3. セミナーの内容（テーマを選択（1テーマ30分、最大2つまで））該当欄に✓印

<input type="checkbox"/> 食習慣（食事指導）	<input type="checkbox"/> 運動（実技含む）	<input type="checkbox"/> 肩こり腰痛予防（実技含む）
<input type="checkbox"/> お口の健康（歯周病予防等）	<input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策	<input type="checkbox"/> 禁煙・受動喫煙防止
<input type="checkbox"/> 飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 熱中症対策	<input type="checkbox"/> がん対策
<input type="checkbox"/> 感染症予防対策（一般的な予防対策に限ります。）		

4. セミナーの内容に健診結果の集計値等の説明を希望するか

該当欄に✓印

健診結果の集計値（個人が判別できない状態）を講師を務める委託事業者へ提供することに

- 同意のうえ希望する 同意しないため希望しない

※健診結果の集計値の提供については条件がございます。条件により提供ができない場合は、貴事業所様が属する業態の健診結果の集計値等の提供となりますので、あらかじめ、ご了承ください。

(以下に☑をいれて事業所情報をご記入ください)

裏面の注意事項に同意の上、セミナー（講師派遣）を申し込みます（必ず注意事項をご確認ください）。

事業所所在地

事業所名称

代表者名

連絡先

申込期限：セミナー希望日の1か月前まで

通番 _____

(※協会けんぽ使用欄)