



# 出前健康教室申込書

申込先：高知県須崎福祉保健所 健康障害課健康増進担当 宛

**FAX：0889-42-8924**

|                                |                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所・会社名称                       |                                                                                                                                                                                              |
| 所在地                            | 〒                                                                                                                                                                                            |
| 電話番号                           | — —                                                                                                                                                                                          |
| FAX番号                          | — —                                                                                                                                                                                          |
| 担当者名                           | 役職名： 氏名：                                                                                                                                                                                     |
| 開催希望日・時間                       | 日： 第一希望（ 月 日） 第二希望（ 月 日）                                                                                                                                                                     |
|                                | 時間： 時 分 ～ 時 分                                                                                                                                                                                |
| 参加予定人数                         | 人                                                                                                                                                                                            |
| 会場                             |                                                                                                                                                                                              |
| 準備物品                           | （物品の中で使用できるものに○印をつけてください）<br>マイク ・ プロジェクター ・ パソコン ・ スクリーン                                                                                                                                    |
| 出前メニュー<br>（ご希望のメニューに○印を付けて下さい） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康診断結果の活用方法</li> <li>・無理のない運動のすすめ</li> <li>・高血圧予防の食事</li> <li>・心の健康</li> <li>・歯周病予防</li> <li>・たばこと健康</li> <li>・上手なお酒の飲み方</li> <li>・その他（ )</li> </ul> |

## 従業員にはどんな健康課題がありますか（複数回答可）

- 1 特に何もなし
- 2 喫煙する人が多い
- 3 受動喫煙の実態がある
- 4 健診を受けない人がいる
- 5 血圧が高い人が多い
- 6 健診後の指導を受けない人がいる
- 7 メンタルで休みがちの人がいる
- 8 腰痛の人がいる
- 9 お酒を飲みすぎる人がいる
- 10 口臭のひどい人がいる
- 11 睡眠不足の人がいる
- 12 メタボの人がいる
- 13 食事のバランスが悪い人がいる

申込先



高知県須崎福祉保健所健康障害課 健康増進担当

TEL：0889-42-1875

FAX：0889-42-8924