

長崎県 職場の健康づくり応援事業

長崎県では事業所での自主的な健康づくりを応援するため専門スタッフを派遣します。
職場や家庭で健康づくりを始めるきっかけとして是非ご活用ください。

【事業内容】 専門スタッフが職場に出向き、下記テーマのうち、希望するテーマ(原則1回・1テーマ)について講話をします。

栄養・食生活

- ・食事の改善に関する講話
- ・社員食堂を活用したイベントの支援



身体活動・運動

- ・職場で出来る運動
- ・腰痛、肩こり予防
- ・ウォーキングの効果について

喫煙(たばこ)

- ・たばこの害
- ・受動喫煙の影響
- ・禁煙のススメ



歯・口腔の健康

- ・むし歯・歯周病予防
- ・口腔と全身の病気との関係
- ・オーラルフレイルとは

こころの健康

- ・ストレス対処法
- ・睡眠・休養・飲酒について
- ・職場のメンタルヘルス

*対象：長崎県内の事業所

*実施形式：対面またはオンライン

※「こころの健康」をテーマとする場合は、原則として対面形式での実施となります。

*期間等：毎年4月1日から翌年3月末日まで、1回2時間以内

*派遣する専門スタッフ：

管理栄養士、栄養士、健康運動指導士、薬剤師、歯科衛生士、保健師、看護師等

*費用：無料

参加者は、受講後アンケートへの回答が必須です。

*概ね10人以上の方が参加できるようお願いします。(複数の事業所による合同実施もOK!)

【申込方法】

- 長崎県電子申請システムへアクセスし、申込フォーム「長崎県職場の健康づくり応援事業」により希望日の概ね2ヶ月前までにお申し込みください。

長崎県職場の健康づくり

検索

- 利用者登録なしで申込可能です。
- 利用者登録をしていただくと、次回以降お申し込みの際、基本項目の入力を省略できます。



申込はこちら↑

※電子申請システムでの申込が難しい場合は、管轄保健所へご相談ください。

※希望日時や地域によっては専門スタッフを派遣できない場合がありますのでご了承ください。

※講話中の撮影・録音・録画はご遠慮ください。

	TEL	FAX		TEL	FAX
長崎県西彼保健所	095-856-5059	095-857-6663	長崎県上五島保健所	0959-42-1121	0959-42-1124
長崎県県央保健所	0957-26-3306	0957-26-9870	長崎県杵岐保健所	0920-47-0260	0920-47-6357
長崎県県南保健所	0957-62-3289	0957-64-5539	長崎県対馬保健所	0920-52-0166	0920-52-7403
長崎県県北保健所	0950-57-3933	0950-57-3666	長崎市健康づくり課	095-829-1154	095-829-1221
長崎県五島保健所	0959-72-3125	0959-72-7761	佐世保市健康づくり課	0956-24-1111	0956-24-1346

令和 年度 「長崎県職場の健康づくり応援事業」申込書

事業所名 _____

代表者役職名 _____

代表者名 _____

フリガナ
(実施責任者名 _____)

1. 事業所の概要

事業所の所在地	〒 _____		
電話番号	_____		
FAX番号	_____		
メールアドレスフリガナ※	_____		
メールアドレス	_____		
※「ゼ ロ」と「オ ー」など、判別しにくい文字のみフリガナを記入			
業 種	☐ 林業 ☐ 水産業 ☐ 建設業 ☐ 製造業 ☐ 電気・ガス ☐ 運輸業 ☐ 卸売業 ☐ 小売業 ☐ 金融・保険 ☐ 医療・福祉 ☐ サービス業 ☐ その他団体等(_____)		
業 務 形 態	☐ デスクワーク中心 ☐ 現場作業中心		
勤 務 体 制	☐ 日勤のみ ☐ 交代勤務(夜勤あり)(従業員の _____ 割程度)		
従業員数(男女別) ※パート職員等除く	男性(_____)名、女性(_____)名 計(_____)名		
従業員年齢(男女別) ※パート職員等除く	男性：40歳未満(_____)名、40歳～60歳未満(_____)名、60歳以上(_____)名 女性：40歳未満(_____)名、40歳～60歳未満(_____)名、60歳以上(_____)名		
医療保険の種類	☐ 全国健康保険協会 ☐ 健康保険組合 ☐ 国民健康保険(市町) ☐ 国民健康保険(建設国保等) ☐ 共済組合 ☐ その他(_____)		
健康経営宣言等の状況	☐ 健康経営推進企業 ☐ 「健康経営」宣言事業所 ☐ 健康経営優良法人 ☐ 健康経営推進事業所 ☐ その他(_____)		

2. 申し込み事項

希 望 日 時 (第 1 希 望)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日) 午前・午後 _____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分
希 望 日 時 (第 2 希 望) ※第2希望までご記入下さい	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日) 午前・午後 _____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分
実 施 場 所	☐ 事業所内 ☐ その他(_____) (所在地〒 _____)
実 施 テ ー マ (1つ選択してください。)	☐ 栄養・食生活 ☐ 身体活動・運動 ☐ 喫煙 ☐ 歯・口腔の健康 ☐ こころの健康
実 施 形 式 ※いずれでも対応可能なテーマのみ	☐ 対面 ☐ オンライン ※「こころの健康」は基本的には対面とします。対面が難しい場合はご相談ください。
受講希望テーマに関する 具 体 的 な 内 容	_____
参 加 予 定 者 数 (パ ー ト 職 員 等 含)	_____ 名(うち男性： _____ 名、女性 _____ 名)
実施後アンケート(受講者向け) 集 計 結 果 の 共 有	_____ 希望する _____ 希望しない
交 通 手 段 (講 師 訪 問 時 の 駐 車)	自家用車 可 不可(駐車場無)
そ の 他 特 記 事 項 (事業所の健康課題等を 自由に記入ください)	_____
撮影・録音・録画の禁止への同意	☐ 同意する

- (注意) 1、希望日の概ね2ヶ月前までに所在地の県立保健所(長崎市、佐世保市所在地の場合は各市の健康づくり課)にお申し込みください。
 2、講師等との日程調整が整わないときは実施できない場合があります。また、地域によっては講師を派遣できない場合もありますのであらかじめご了承ください。
 3、受講後にアンケートのご協力をお願いします。アンケートの回答は原則としてオンライン(Microsoft Forms)で行いますので、ご了承ください。
 4、資料の印刷は講師との調整のうえ事業所で準備をお願いします。