（別紙様式１）

やまがた健康づくり大賞候補者推薦調書【健康経営部門】

令和 　　年 　　月 　　日

【候補者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　　　 | ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 企　業　名 |  | 代　表　者 |  |
| 所　在　地連　絡　先 | 〒　　　　－TEL　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　E-mail |
| 設　　　立年　月　日 | 年　　月　　日 | 従 業 員 数 | 　　　　　　　　　　　　　人（内訳　男性　人　女性　人） |
| 担　当　者職　氏　名 |  | 所　 　属部　署　名 | TEL |
| 賞　罰　歴 |  |
| 健康経営に取り組むことの内外への発信 | 必須要件：健康経営に取り組むことを内外へ発信していること |
| ア　全国健康保険協会山形支部加入事業所の場合□「やまがた健康企業宣言」を宣言している | イ　左以外の事業所の場合、次のいずれかに該当すること。□従業員、来客者双方に見える場所に健康経営に取り組むことを掲示している（写真を添付すること）□自社のホームページに健康経営に取り組むことを記載している（URL:　　　　　　　　　　　　　　） |
| １取組みの名称 |  |
| ２取組みの目的 |  |
| ３取組みのきっかけ・経過 |  |
| ４取組開始時期 | 年　　　月　（活動期間　　　年　　　月） |
| ５取組みの頻度 | 年 ・ 月 ・ 週　　　　回　、　毎日具体的な実施日時等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| ６取組内容 | ※別紙可です。また、取り組んだ際の写真や、普及啓発用の資料等、取組の様子が分かるものについて添付してください。 |
| ７地域ならではの働き方 | ※地域の実情に合った働き方改革などの取組みについて記載してください。 |
| ８取組実績・効果 |  |
| ９今後の予定 |  |
| 10受動喫煙防止対策の状況 | 【受動喫煙防止対策の種類について】必須要件：　受動喫煙防止対策として以下の要件を満たしていること。　　　Ⅰ　改正健康増進法を遵守していること。　　　Ⅱ　山形県受動喫煙防止条例で定める努力義務を実践していること。（１）該当するものに☑をいれて下さい。□　改正健康増進法で定める第一種施設（学校、医療機関、保育所など）□　山形県受動喫煙防止条例で定める公共性の高い施設（社会福祉施設や金融機関など）□　その他の施設（事務所、工場、ホテル・旅館、飲食店など）（２）実施している取組みすべてに☑を入れてください。□　敷地内禁煙（屋外の喫煙場所設置なし）□　屋内禁煙（屋内の喫煙専用室設置なし）□　禁煙標識の掲示 |
| 11健康診断等の実施状況 | 【特定健康診査等について】必須要件：特定健康診査の受診率が７０％以上であること。：特定保健指導の終了率が４５％以上であること。特定健康診査　 対象者数（　　　人）、受診者数（　　　人）受診率（　　　％）特定保健指導　 対象者数（　　　人）、終了者数（　　　人）終了率（　　　％） |
| 【がん検診について】　必須要件：以下の１つ以上のがん検診を実施し、受診率が６０％以上であること。胃がん検診 対象者数（　　　人）、受診者数（　　　人）受診率（　　　％）肺がん検診 対象者数（　　　人）、受診者数（　　　人）受診率（　　　％）大腸がん検診　 対象者数（　　　人）、受診者数（　　　人）受診率（　　　％）子宮がん検診　 対象者数（　　　人）、受診者数（　　　人）受診率（　　　％）乳がん検診　 　対象者数（　　　人）、受診者数（　　　人）受診率（　　　％）※特定健康診査、特定保健指導、がん検診の対象者数等を記入してください。 |
| 12その他特記事項 |  |

　※記入欄が不足する場合は、任意の様式に記入してください。

【推薦者】※他薦の場合のみご記入ください。自薦の場合には記入不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団　体　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 所　在　地 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代　表　者 |  |
| 担　当　者職　氏　名 |  | 所　 　属部　署　名 | TEL |
| 推薦者の意見 |  |

〈添付書類〉

　企業の概要がわかる資料（パンフレット等）

　健康づくりに関する取組みが分かる資料　など