

(別記様式第5-3号)

「健康長寿とちぎ応援企業」活動結果報告書（事業所向けの応援メニューの提供）

年 月 日

栃木県保健福祉部健康増進課長 様

企業・団体名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

E-mail _____

年度の活動状況について、「健康長寿とちぎ応援企業」登録制度実施要領第8条(2)の規定に基づき報告します。

記

依頼された応援テーマ： <input type="checkbox"/> 食生活、 <input type="checkbox"/> 運動、 <input type="checkbox"/> 休息・睡眠、 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス、 <input type="checkbox"/> 喫煙・受動喫煙、 <input type="checkbox"/> 飲酒、 <input type="checkbox"/> 歯・口腔、 <input type="checkbox"/> 女性の健康、 <input type="checkbox"/> 働く高齢者の健康 <input type="checkbox"/> 生活習慣病の発症と重症化予防(<input type="checkbox"/> がん、 <input type="checkbox"/> 脳卒中、 <input type="checkbox"/> 心臓病、 <input type="checkbox"/> 糖尿病、 <input type="checkbox"/> COPD)、 <input type="checkbox"/> その他()			
応援メニュー：	実施日： 年 月 日	時間：	参加人数：
対象事業所名：	住所：	担当者名：	
実施内容	実施結果（成果・課題）		

※ 実施後、1ヶ月以内に提出。実施内容について、詳しく御報告いただける場合には、別紙（様式不問）や参考資料等を添付してください。