

(別記様式第7号)

「健康長寿とちぎ応援企業登録制度」利用申請書（応援を希望する事業所用）

年 月 日

栃木県保健福祉部健康長寿推進課長 様

申請者

事業所名

代表者氏名

所在地 〒

下記のとおり、従業員の健康づくりについて、応援を希望します。

記

業種 ※該当項目にレを入れてください。	☐ 農業・林業 ☐ 漁業 ☐ 鉱業、採石業、砂利採取業 ☐ 建設業 ☐ 製造業 ☐ 繊維工業 ☐ 電気・ガス・熱供給・水道業 ☐ 情報通信業 ☐ 運輸業、郵便業 ☐ 卸売業、小売業 ☐ 金融業、保険業 ☐ 不動産業、物品賃貸業 ☐ 学術研究、専門・技術サービス業 ☐ 宿泊業、飲食サービス業 ☐ 生活関連サービス業、娯楽業 ☐ 教育、学習支援業 ☐ 医療、福祉 ☐ 複合サービス事業 ☐ サービス業 ☐ 分類不能の産業（ ） ※日本標準産業分類(令和5年7月改定)に基づく。
常時雇用する従業員数	() 名 ・ 男女比：() 対 ()
従業員の最も多い年代	☐ 20 代 ☐ 30 代 ☐ 40 代 ☐ 50 代 ☐ 60 代 ☐ 70 代
勤務形態	☐ 日勤 ☐ 夜勤 ☐ 交替制 ☐ その他：
健康づくりの困りごと	
関心のあるテーマ ※該当項目にレを入れてください。	☐ 食生活、 ☐ 運動、 ☐ 休息・睡眠、 ☐ メンタルヘルス ☐ 喫煙・受動喫煙、 ☐ 飲酒、 ☐ 歯・口腔 ☐ 生活習慣病の発症と重症化予防（がん・脳卒中・心臓病・糖尿病・COPD） ☐ 女性の健康 ☐ 働く高齢者の健康 ☐ その他：
希望する応援メニュー ※応援メニューは別冊・健康長寿とちぎ web 参照	応援メニュー名： 応援企業名：
希望時期等 ※現段階では幅広く記載ください。応援企業と個別相談で詳細を決定します。	※利用期間は、当該年度の6月から2月迄を原則とする。 時 期： 年 曜 日： 時間帯： ～ 応援企業への要望や質問：
とちぎ健康経営事業所	☐ 該当（現在、認定を受けている） ☐ 非該当（認定を受けていない・過去に受けていた）
担当者連絡先	所属部署： 担当者氏名： 職名： TEL： FAX： E-mail：

※ 依頼内容を確認の上、担当する応援企業にお繋ぎいたします。なお、内容や条件によっては御希望に添えない場合があることを御了承ください