

**【企業・事業者部門】健康寿命延伸プロジェクト表彰事業・がん患者等の治療と仕事の両立支援分野
(がん患者等就労支援サポート事業者表彰事業) 応募申込書**

基本情報

企業・事業者名※			
代表者 職 氏名		担当者 部署 職 氏名	
連絡先※	(TEL) (FAX)	(e-mail)	
所在地※	〒		
設立年月		従業員数	人 業種()

※2021年4月1日現在の情報をご記入ください。

問1 活動および取り組みの内容を記載してください。

活動の目的 取組の経緯	
活動内容、効果※	
治療と仕事の両立 に配慮した取組	病気による体調や通院等の事情に応じた柔軟な勤務が可能となる取組(有・無) ⇒(有の場合記載)
働きやすい職場・ 風土づくりに向け た取組	がん等患者や、がん等に罹患した家族を看護・介護している従業員が働きやすい職場・風土づくりに向けた取組(有・無) ⇒(有の場合記載)
その他	がんに関する研修会の開催(有・無) 両立支援に関する研修会の開催(有・無) 外部研修会への参加(有・無) 喫煙対策の状況(敷地内禁煙・建物内全面禁煙・建物内に喫煙専用室を設置)
健康づくりに関する 主な受賞歴	
欠格事項の該当 無し(レ点)	() 過去5年間に、重大悪質な事案で法令等に違反し処分等をうけたことがない

* 活動内容がわかる資料や写真などがあれば添付してください。

* 必要に応じて活動内容をお尋ねする場合があります。

問2 お聞きした内容(※)を県のホームページに掲載させていただいてもよろしいですか。どちらかに○をつけてください。

	1 はい
	2 いいえ

問3 今後、「しがの健康づくりサポーター」として、県や市町とともに健康づくりの取組にご協力いただけますか。(健康優良企業としての健康づくりサポーターステッカー貼付、社員へのチラシ配布など) どちらかに○をつけてください。

	1 はい
	2 いいえ

※はいと回答いただいた方には、管轄の健康福祉事務所(保健所)から連絡をさせていただきます。

問4 その他、地域における健康づくりの推進に向けてご意見等があればお願いします。

--

<他薦の場合のみご記入ください：推薦者情報記載欄>

機関・団体名			
住所	〒		
連絡先	(TEL)	(FAX)	(E-mail)
担当者氏名			
推薦理由			