**三八地域働く人の健康づくり応援プログラム（講師派遣）申込書**

様式第１号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | 業　　種 |  | | | |
| 住　　　所 | 〒 | | | 参加予定  人　　数 |  | | | 人 |
| 内訳 | 男性 |  | 人 |
| 女性 |  | 人 |
| 電話番号  ＦＡＸ |  | | | E-mail |  | | | |
| 担 当 者 | ふりがな  氏　名： | | 連絡先：  連絡の取りやすい時間帯： | | |  | | |
| 希望分野・講師 | 分野名：  講師名：  ※がん分野については事業所の所在地の自治体保健師等が講師となります | | | | | | | |
| 実施方法 | * 事業所に講師派遣 * オンライン対応　　（□別途、オンライン講習チェックリスト確認済）   ※オンライン対応の場合、通信環境確認のためテスト接続をしますので、後日日程を調整致します | | | | | | | |
| 希望日時 | 第一希望　令和　　年　　月　　日　（　　）　　　　：　　　～　　　：  第二希望　令和　　年　　月　　日　（　　）　　　　：　　　～　　　： | | | | | | | |
| 経費の  自己負担 | 可　　・　　不可  ※先着順で有料メニューの経費を保健所が負担する  ため、先着から漏れた場合は自己負担となります | | | | | | | |
| アンケート  **（必須）** | 従業員の  健診実施先 | ・ 青森県総合健診センター　　　・ 八戸市総合健診センター  ・ 八戸西健診プラザ　　　　　　・ 五戸町健診センター  ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 講師の  選びやすさ | ・ 選びやすかった　　　・ 選びにくかった  　理由 | | | | | | |
| 講師を選ぶきっかけの従業員の  健康状況 | ・ 健康診断で異常者が多い。（ 肥満 ・ 血圧 ・ 脂質 ・ 血糖 ）  ・ 関連する健康状態で気になる従業員が多い。  ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 盛り込んで欲しい内容や現在困っていること |  | | | | | | |

■**ご依頼いただいた内容について、下記のとおり決定しましたので、お知らせします。**

|  |  |
| --- | --- |
| **実施日** | **事業所の講師派遣に係る**  **講師謝金・旅費の負担** |
| 第一希望　・　第二希望　・　その他（　　　　　　　　　　　）  ※オンラインのテスト接続日程：　　月　　日（　）　：　～　： | 無料　・　有料 |

送　付　先：三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）　健康増進課

ＦＡＸ番号：0178‐27‐1594（送信票不要）　　ＴＥＬ：0178‐27‐5111（内線287）

**三八地域働く人の健康づくり応援プログラム（講師派遣）申込書　記入例**

**事業所記入欄**

様式第１号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 三戸地方事業所 | | | 業　　種 | 小売業 | | | |
| 住　　　所 | 〒030-0000  八戸市尻内町字鴨田７ | | | 参加予定  人　　数 |  | | | 人 |
| 内訳 | 男性 |  | 人 |
| 女性 |  | 人 |
| 電話番号  ＦＡＸ | 0178‐27‐5111  0178‐27‐1594 | | | E-mail | aomori@pref.aomori.co.jp | | | |
| 担 当 者 | ふりがな　さんぱち　たろう  氏　名：三八　太郎 | | 連絡先：  連絡の取りやすい時間帯： | | | 080-1111-0001  9～11時、15～17時 | | |
| 希望分野・講師 | 分野名：こころ  講師名：三戸地方保健所  ※がん分野については事業所の所在地の自治体保健師等が講師となります | | | | | | | |
| 実施方法 | * 事業所に講師派遣 * オンライン対応　　（□別途、オンライン講習チェックリスト確認済）   ※オンライン対応の場合、通信環境確認のためテスト接続をしますので、後日日程を調整致します | | | | | | | |
| 希望日時 | 第一希望　令和　４年１２月　１日　（木）　　○○：〇〇　～　○○：○○  第二希望　令和　４年１２月　７日　（水）　　○○：○○　～　○○：○○ | | | | | | | |
| 経費の  自己負担 | 可　　・　　不可  ※先着順で有料メニューの経費を保健所が負担する  ため、先着から漏れた場合は自己負担となります | | | | | | | |
| アンケート  **（必須）** | 従業員の  健診実施先 | ・ 青森県総合健診センター　　　・ 八戸市総合健診センター  ・ 八戸西健診プラザ　　　　　　・ 五戸町健診センター  ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 講師の  選びやすさ | ・ 選びやすかった　　　・ 選びにくかった  　理由 | | | | | | |
| 講師を選ぶきっかけの従業員の  健康状況 | ・ 健康診断で異常者が多い。（ 肥満 ・ 血圧 ・ 脂質 ・ 血糖 ）  ・ 関連する健康状態で気になる従業員が多い。  ・ その他（　　　　腰痛・肩こり・関節痛　　　　） | | | | | | |
| 盛り込んで欲しい内容や現在困っていること | 重労働が多く、身体的不調を訴える者が多い。肥満や脂質異常など、食生活や運動をする必要があると思いが、日常的に体を動かしているという理由で帰宅後の運動につながりにくい。 | | | | | | |

■**ご依頼いただいた内容について、下記のとおり決定しましたので、お知らせします。**

|  |  |
| --- | --- |
| **実施日** | **事業所の講師派遣に係る**  **講師謝金・旅費の負担** |
| 第一希望　・　第二希望　・　その他（　　　　　　　　　　　）  ※オンラインのテスト接続日程：　　月　　日（　）　：　～　： | 無料　・　有料 |

送　付　先：三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）　健康増進課

ＦＡＸ番号：0178‐27‐1594（送信票不要）　　ＴＥＬ：0178‐27‐5111（内線287）

様式第２号

**三八地域働く人の健康づくり応援プログラム講師派遣依頼書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 |  | 御中 |

・貴団体に対し、別添様式第１号のとおり申し込みがありました。

事業所が講師派遣（オンライン講習含む）を希望している場合、講師の調整をお願いいたします。なお、講師が決定しましたら、下記に記載の上、速やかに返送をお願いいたします。

・保健所において、事業所から当日の実施場所や内容等の詳細を確認後、様式に沿って情報提供予定

です。

・貴団体では、情報提供内容を踏まえ、事業所からの直接の連絡をもとに、当日の流れ等の詳細につ

いて確認してください。

■各団体は、当日の従事者及び旅行行程について決定後、下記に記入し、１週間を目安にご回答くだ

さい。決定した講師の連絡先等は、保健所から事業所へ連絡します。

なお、講師が令和元年度以降初めて従事する場合や、振込先の口座に変更がある場合には、口座振

替申出書を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  講師氏名 |  |
| 所　　属 | ・勤務地  　　　勤務先名称：  　　　勤務先住所：  ・在　宅 |
| 連 絡 先 | 希望連絡手段： 電話　・　ＦＡＸ　・　メール  連　 絡 　先：  連絡の取りやすい時間帯： |
| 振 込 先 | 講師本人　・　所属団体　※委任状が必要になります |
| 以下、オンラインによる対応の場合は、旅費が発生しないため、記載不要です | |
| 旅行行程（予定） | 出発地点： 自宅　・　勤務先　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 到着地点： 自宅　・　勤務先　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

送　付　先：三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）　健康増進課

ＦＡＸ番号：0178‐27‐1594（送信票不要）　　ＴＥＬ：0178‐27‐5111（内線287）

様式第２号

**三八地域働く人の健康づくり応援プログラム講師派遣依頼書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 |  | 御中 |

・貴団体に対し、別添様式第１号のとおり申し込みがありました。

事業所が講師派遣（オンライン講習含む）を希望している場合、講師の調整をお願いいたします。なお、講師が決定しましたら、下記に記載の上、速やかに返送をお願いいたします。

・保健所において、事業所から当日の実施場所や内容等の詳細を確認後、様式に沿って情報提供予定

です。

・貴団体では、情報提供内容を踏まえ、事業所からの直接の連絡をもとに、当日の流れ等の詳細につ

いて確認してください。

■各団体は、当日の従事者及び旅行行程について決定後、下記に記入し、１週間を目安にご回答くだ

さい。決定した講師の連絡先等は、保健所から事業所へ連絡します。

なお、講師が令和元年度以降初めて従事する場合や、振込先の口座に変更がある場合には、口座振

替申出書を添付してください。

**講師派遣団体記入欄**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  講師氏名 | あおもり　たろう  青森　太郎 |
| 所　　属 | ・勤務地  　　　勤務先名称：三戸地方保健所クリニック  　　　勤務先住所：八戸市尻内町字鴨田７  ・在　宅 |
| 連 絡 先 | 希望連絡手段： 電話　・　ＦＡＸ　・　メール  連　 絡 　先：FAX　0178-27-1594　メール　sannnohe@pref.〇〇.jp  連絡の取りやすい時間帯：土日はメール、その他はFAXであればいつでも可 |
| 振 込 先 | 講師本人　・　所属団体　※委任状が必要になります |
| 以下、オンラインによる対応の場合は、旅費が発生しないため、記載不要です | |
| 旅行行程（予定） | 出発地点： 自宅　・　勤務先　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 到着地点： 自宅　・　勤務先　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

送　付　先：三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）　健康増進課

ＦＡＸ番号：0178‐27‐1594（送信票不要）　　ＴＥＬ：0178‐27‐5111（内線287）

**三八地域働く人の健康づくり応援プログラム活用事業所情報提供書**

様式第３号

貴団体からの講師派遣を希望する事業所の概要は下記のとおりでしたので、情報提供します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 講師派遣日 | 令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （住所： | |  | | | | | | | | | | | | | | ） | | |
| 年代別  構成員数 | 男性 | 全体 | |  | 人 | 20代 | |  | 人 | | 30代 | |  | 人 | 40代 |  | | 人 | |
| 50代 | |  | 人 | | 60代 | |  | 人 | 70代 |  | | 人 | |
| 女性 | 全体 | |  | 人 | 20代 | |  | 人 | | 30代 | |  | 人 | 40代 |  | | 人 | |
| 50代 | |  | 人 | | 60代 | |  | 人 | 70代 |  | | 人 | |
| 職員の  居住地 | 八戸市：　　人　おいらせ町：　　人　三戸町：　　人　　五戸町：　　人  田子町：　　人　南部町：　　人　階上町：　　人　　新郷村：　　人  その他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の  勤務形態 | 日勤のみ　・　夜勤あり　・　シフト制　・　その他（　　　　　　　　　　）  概要： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 産業医選任 | ・なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・あり（産業医の所属： | | | | | |  | | | | | 産業医氏名： | | |  | | | | ） |
| 各種認定 | 健康宣言　・　健康経営認定　・　働き方改革  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定健診  有所見率  ※協会けんぽ健康度診断  より把握 | メタボ：　高 ・ 中等 ・ 低 | | | | | | | | | 腹囲 ：　高 ・ 中等 ・ 低 | | | | | | | | | |
| 血圧 ：　高 ・ 中等 ・ 低 | | | | | | | | | 脂質 ：　高 ・ 中等 ・ 低 | | | | | | | | | |
| 歩行 ：　高 ・ 中等 ・ 低 | | | | | | | | | 運動 ：　高 ・ 中等 ・ 低 | | | | | | | | | |
| 飲酒 ：　高 ・ 中等 ・ 低 | | | | | | | | | 喫煙 ：　高 ・ 中等 ・ 低 | | | | | | | | | |
| その他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所内の  取組 | ・がん検診の受診（　全員　・　任意　）  ・要精密検査者の受診確認（　口頭　・　書面　・　未確認　）  ・特定保健指導の活用（　あり　・　なし　）  ・その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康教育の  実施 | ・物品所有状況　　パソコン　　・　プロジェクター　・　スクリーン  　　　　　　　　　机：　　台　・　イス：　　脚　　・　マイク  　　　　　　　　　備考：  ・オンラインの場合　 パソコン：　１台を接続　・　複数台（　　台）を接続  　　　　　　　　 通信環境（無線LANルーター・ 有線LANルーター）  ・会場の状況　（　事務室内　・　会議室等　・　別建物　）　※別添写真参照  　　⇒別建物の場合、所在地等： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の  希望 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

問合先：三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）　健康増進課

ＦＡＸ番号：0178‐27‐1594（送信票不要）　　ＴＥＬ：0178‐27‐5111（内線287）

様式第４号

三八地域働く人の健康づくり応援プログラム（資料等提供）申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | 業　　種 | |  | | |
| 住　　所 | 〒 | | | 電話番号  Ｆ Ａ Ｘ | |  | | |
| メール |  | | | | | | | |
| 担 当 者 | ふりがな  氏　名： | | 連絡先：  連絡の取りやすい時間帯： | | | |  | |
| 希望分野  ・団体 | 分野名：    団体名：  ※がん分野については事業所の所在地の自治体が対応します | | | | | | | |
| 希望内容 |  | | | | ※部数を伴うものを  希望する場合、  必要部数を記入 | | | 部 |
| 受取方法 | 郵送　・　直接受け取り  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| アンケート  （必須） | 事業所内での  健康づくりの取組状況 |  | | | | | | |
| 選択肢の  選びやすさ | ・ 選びやすかった　　　・ 選びにくかった  理由 | | | | | | |
| 選定理由 | ・ 健康診断で異常者が多い。（ 肥満 ・ 血圧 ・ 脂質 ・ 血糖 ）  ・ 選定したメニューに関連する健康状態で気になる従業員が多い。  ・ その他 | | | | | | |
| 申し込み  動機や  学びたいこと |  | | | | | | |

送　付　先：三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）　健康増進課

ＦＡＸ番号：0178‐27‐1594（送信票不要）　　ＴＥＬ：0178‐27‐5111（内線287）

様式第４号

三八地域働く人の健康づくり応援プログラム（資料等提供）申込書　記入例

**事業所記入欄**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 三戸地方事業所 | | | 業　　種 | | 小売業 | | |
| 住　　所 | 〒030-0000  八戸市尻内町字鴨田７ | | | 電話番号  Ｆ Ａ Ｘ | | 0178‐27‐5111  0178‐27‐1594 | | |
| **メール** | ※南部町健康増進公社（バーデパーク）の資料提供希望の場合のみ記載 | | | | | | | |
| 担 当 者 | ふりがな　さんぱち　たろう  氏　名：　三八　太郎 | | 連絡先：  連絡の取りやすい時間帯： | | | | 080-1111-0001  9～11時、15～17時 | |
| 希望分野  ・団体 | 分野名：栄養    団体名：青森県栄養士会八戸地区会  ※がん分野については事業所の所在地の自治体が対応します | | | | | | | |
| 希望内容 |  | | | | ※部数を伴うものを  希望する場合、  必要部数を記入 | | | 50部 |
| 受取方法 | 郵送　・　直接受け取り  【がん分野の資料受取方法について】  ※町村によって受取方法が異なりますので、ご了承ください。  おいらせ町・三戸町→**郵送のみ**　五戸町・南部町→**郵送・直接取りに行く**  田子町・階上町→**直接取りに行く**　新郷村→**直接取りに行く・直接届けてもらう**  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| アンケート  （必須） | 事業所内での  健康づくりの取組状況 |  | | | | | | |
| 選択肢の  選びやすさ | ・ 選びやすかった　　　・ 選びにくかった  理由：従業員が集まるのが困難な中で、資料提供により自主学習ができるため | | | | | | |
| 選定理由 | ・ 健康診断で異常者が多い。（ 肥満 ・ 血圧 ・ 脂質 ・ 血糖 ）  ・ 選定したメニューに関連する健康状態で気になる従業員が多い。  ・ その他  自粛生活の中で、コンビニから購入したものばかり食べていて、炭水化物しか摂取していない従業員が増えてきた。免疫力を高めてコロナ予防のための知識を身に付けたい。 | | | | | | |
| 申し込み  動機や  学びたいこと | 自粛傾向にあるため、家で自炊することが増えてきたものの、どのように工夫すると野菜を多く摂れるのか難しい。いつも同じ野菜ばかり食べていて、偏っているような気がする。日常的に工夫するポイントなどがあればこの機会に資料等提供してほしい。 | | | | | | |

送　付　先：三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）　健康増進課

ＦＡＸ番号：0178‐27‐1594（送信票不要）　　ＴＥＬ：0178‐27‐5111（内線287）

様式第５号

**三八地域働く人の健康づくり応援プログラム（資料等提供）情報提供書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 |  | 御中 |

・貴団体に対し、別添様式第４号のとおり申し込みがありました。

・申込書記載事項以外に、下記の情報がありましたのでお知らせします。

|  |
| --- |
| 【追加情報】 |

・貴団体では、情報提供内容を踏まえ、不足する情報がある場合には、事業所担当者へ直接連絡し、詳細を確認してください

問合先：三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）　健康増進課

ＦＡＸ番号：0178‐27‐1594（送信票不要）　　ＴＥＬ：0178‐27‐5111（内線287）

様式第６号

三八地域働く人の健康づくり応援プログラム支援実績報告書

報告日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団 体 名 |  | 実　　施  テーマ | |  | |
| 実施日時 |  | 会 場 名  （場所） | |  | |
| 講　　師  対 応 者  職・氏名 |  | 講　　師  旅　　程 | |  | |
| 実施方法 | 講師派遣による健康教育等　・　オンラインによる健康教育等  講師派遣以外（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 対象者数 | 人 | |  | |  |

■実施してみての参加者（事業所）の反応についてご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

■今後に向けて、事業所への講師派遣やオンラインを活用した健康教育、資料提供に関し、調整が必要と感じたこと、継続したいこと等をご記入ください。

|  |
| --- |
| 団体内：  事務局側： |

※配付資料がある場合には、１部添付してください。

送　付　先：三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）　健康増進課

ＦＡＸ番号：0178‐27‐1594（送信票不要）　　ＴＥＬ：0178‐27‐5111（内線287）

**締め切り　：実施後７日以内**

様式第６号

三八地域働く人の健康づくり応援プログラム支援実績報告書　記入例

**協力団体記入用紙**

報告日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団 体 名 | 三八保健所 | 実　　施  テーマ | | 未来のための健康づくり | |
| 実施日時 | 令和４年１１月１１日（金）  　１１：００～１２：００ | 会 場 名  （場所） | | － | |
| 講　　師  対 応 者  職・氏名 | 理事　　三戸　花子 | 講　　師  旅　　程 | | － | |
| 実施方法 | 講師派遣による健康教育等　・　オンラインによる健康教育等  講師派遣以外（内容：資料提供　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 対象者数 | 人 | |  | |  |

■実施してみての参加者（事業所）の反応についてご記入ください。

|  |
| --- |
| 資料提供後３日後に、送付した資料を見たかどうかを確認しつつ、電話で質問がないかどうかを確認した。送付した資料の中でも、特におさえていただいたい部分を口頭でも伝えたので、相手方も従業員に周知したいという意見が述べられていた。 |

■今後に向けて、事業所への講師派遣やオンラインを活用した健康教育、資料提供に関し、調整が必要と感じたこと、継続したいこと等をご記入ください。

|  |
| --- |
| 団体内：  ・リモートで健康教育が実施できるように、設備整備等を今年度中に検討していきたい。  ・提供できる資料を充実させていきたい。  事務局側：  ・他の団体で、リモートで健康教育を実施している団体があれば、どのように実施しているか情報  提供してもらいたい |

※配付資料がある場合には、１部添付してください。

送　付　先：三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）　健康増進課

ＦＡＸ番号：0178‐27‐1594（送信票不要）　　ＴＥＬ：0178‐27‐5111（内線287）

**締め切り　：実施後７日以内**

参考資料１

**三八地域働く人の健康づくり応援プログラム**

**オンライン講習等チェックリスト**

オンライン講習等を希望される場合は、各事業所において、次の事項について確認をしてください。

**１．インターネット環境について**

□　有線または無線（Wi-Fi等）のインターネット接続

※１時間あたり１GB程度のデータ通信量に対応可能なインターネット環境が必

要です。

※フリーWi-Fiやテザリングは、通信速度が安定しない可能性があるため推奨致

しません。可能であれば、安定した有線LANによる接続をお願いいたします。

※インターネット接続は、上り・下りともに１．５Mbps以上のスピード（帯域）を推奨いたします。

※速度測定はインターネット回線スピードテスト「[https://speedtest.gate02.ne.jp/」](https://speedtest.gate02.ne.jp/」で)で測定できます。

**２．　使用物品について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 必須 | □パソコン | Web会議システム（Zoom※など）がインストールされたもの |
| □ウェブカメラ | パソコンに内蔵されていれば不要 |
| □マイク | パソコンに内蔵されていれば不要 |
| 必要時 | □スピーカー | 大人数で共有するときに使用 |
| □モニター |
| □プロジェクター |
| □スクリーン |

※事業所側の参加人数に応じて、外付けのスピーカー、マイクを使用してください

参考資料２

**三八地域働く人の健康づくり応援プログラムチェックリスト**

各事業所は、講師派遣を行う団体との連絡をする際に、次の事項について確認をしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名： |  | 講師団体名： |  |

１．　当日の配付物を確認し、該当する物に☑しましょう。

　□講師作成資料　　□パンフレット　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．　１でチェックの入った品目についての詳細を確認しましょう。

　①講師作成資料について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■印刷を行うのは？ | | 事業所　　・　　講師 |
| ■事業所が印刷する場合について | | |
|  | ・講師からの印刷の原稿の提出方法は？ | メール　・　郵送 |
| ・講師からの印刷原稿の提出期限は？ | 月　　日（　　）まで |
| ■講師が印刷する場合について | | |
|  | ・印刷部数は何部必要？ | （　　　　）部 |
| ・事業所への資料提出期限は？ | 当日　・　　月　　日（　　）まで |
| ・事業所への資料の提出手段は？ | 持参　　・　　郵送 |

　②パンフレットについて

|  |  |
| --- | --- |
| ■講師から事業所にはいつ提出される？ | 当日　・　　月　　日（　　）まで |
| ■事前の場合、提出手段は？ | 持参　　・　　郵送 |

　③その他について

|  |  |
| --- | --- |
| ■講師から事業所にはいつ提出される？ | 当日　・　　月　　日（　　）まで |
| ■事前の場合、提出手段は？ | 持参　　・　　郵送 |

３．　当日の使用物品について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | パソコン | プロジェクター | スクリーン | マイク |
| ■使用 | する ・ しない | する ・ しない | する ・ しない | する ・ しない |
| ■準備者 | 事業所 ・ 講師 | 事業所 ・ 講師 | 事業所 ・ 講師 | 事業所 ・ 講師 |

　　※健康教育等の中で資料以外に使用する物品があり、オンライン対応で実施する場合は、物品の受け渡し方法（郵送または手渡し等）も確認する。

４．当日の会場設営について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■机 | | 必要　・　不要 |
|  | ・机が必要な場合の向き | ロの字形　・　正面を見る形　・　その他（　　　　　） |
| ■イス | | 必要　・　不要　・　ない |
|  | ・イスを使わない時の床面  　の材質 | 絨毯 ・　 畳 ・　　板の間　・　コンクリート  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |