

ヘルスアップセミナー委託事業実施報告書

年 月 日提出

所属所等の名称及び 代表者職氏名	(名 称) (職 氏 名) 印
セミナー等の名称	(名 称)
実施日時及び場所	(実施日時) 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分 (場 所)
セミナー等の 実施内容	※主な実施内容 []
受講者の職種等及び 受講者数	<input type="checkbox"/> 小 学 校 (人) <input type="checkbox"/> 中 学 校 (人) <input type="checkbox"/> 高等学校 (人) <input type="checkbox"/> 特別支援学校 (人) <input type="checkbox"/> 教 育 局 (人) <input type="checkbox"/> 本 庁 (人) <input type="checkbox"/> その他 () (人) ※ <input type="checkbox"/> には、該当する職名にレ印を付けること 合 計 人
所要経費額(確定)	報 償 費 円 () 旅 費 円 () 消 耗 品 費 円 () 使用料及び賃借料 円 () 合 計 円 () 注) 括弧内には、主な経費項目を記入
講師職氏名等	(氏 名) (資格職名) (所属・職) (住 所) 〒 - (電話番号)
備 考	

※「セミナー等の実施内容」欄の「※主な実施内容」には、該当する次のテーマ等の番号を記入して下さい。

- ①メンタルヘルスケア ②生活習慣病予防 ③女性特有の疾病予防 ④運動習慣、運動の楽しさ等の運動実技
⑤たばこの害、禁煙の方法等の禁煙サポート ⑥飲酒が健康に与える影響 ⑦歯の喪失防止 ⑧その他(上記以外の健康管理・健康保持増進)

※セミナー等の当日実施要項、参加者名簿、当日配布資料等(PowerPoint データ、研修時の写真等)を添付して下さい。