別紙１

平　成　年　月　日

福井県健康増進課健康長寿推進グループ　　あて
（fax ： ０７７６－２０－０６４３）
（e-mail：kennzou@pref.fukui.lg.jp）

事業所名
代表者名

スニーカービズ実践内容に係る情報提供書

従業員数	＿＿＿＿名（内訳　男性：＿＿＿名　女性：＿＿＿名）	
スニーカービズ実施日 （実施日を〇で囲むこと）	・毎日 ・特定の日（ ノー残業デー　　プレミアムフライデー ） ・その他（　　）	
実施内容 （実施内容を〇で囲むこと） ※複数設定可	・スニーカー履きでの通勤・勤務を奨励 ・階段の積極的な利用を奨励 ・昼休みの散歩を奨励 ・その他（　　）	
コメント※1	貴事業所の健康づくりのための取組みを記載して下さい。	
連絡先	住所	〒
	担当部署	
	担当者名	
	ＴＥＬ	
	アドレス	

※１　コメント欄に記載された取組みを県ＨＰで紹介します。
※２　協会けんぽが推進する“健康づくり宣言”に参加し、スニーカービズ等の取組みで健康経営の第一歩を踏み出しましょう。

ポスター希望枚数　＿＿＿事業所　×　＿＿＿枚　　計　＿＿枚
（１事業所あたり２枚まで送付可能です。）