「健康管理担当者研修会」参加確認書

どちらかの□に✓を入れてください。

□ 参加します　　□ 参加しません

※参加しない場合もアンケートにご協力お願いします。

事業所記号		事業所名	

参加者	部署（職種）		氏名	
	部署（職種）		氏名	
	部署（職種）		氏名	

アンケートにご協力お願いします

受動喫煙の防止が平成15年に健康増進法の「努力義務」とされてから10年以上経過しましたが、受動喫煙は依然として多い状況となっています。

「健康経営優良法人2019」の認定基準では、受動喫煙対策を「必須項目」とする予定であり、防止対策の強化が求められていることから、事業所の喫煙状況を確認し今後の参考といたしますので、下記事項にお答えください。

※本社（支店）の状況についてご記入ください。

1　喫煙率　　約〔　　〕%

2　喫煙所の設置について

□ 屋外に設置　　□ 屋内に設置　　□ 設置していない

3　屋内設置の場合　喫煙対策機器の設置について

□ 空気清浄器　　□ 換気扇　　□ 排気装置

□ 天井扇　　□ ラインファン・遠心ファン

□ その他〔　　〕

4　非喫煙場所へのたばこ煙や臭いの漏れについて

□ 全く漏れていない　　□ 多少漏れている　　□ たくさん漏れている

【送付先】

全国土木建築国民健康保険組合

札幌健康支援室

FAX：011-221-4968