

(様式第1号)

鳥取県がん検診推進パートナー企業認定申込書

平成 年 月 日

鳥取県知事 様

鳥取県がん検診推進パートナー企業について認定を受けたいので、「鳥取県がん検診推進パートナー企業認定事業実施要綱」に同意の上、以下のとおり申し込みます。

申 込 者		
企業・団体等の名称 および代表者名	ふりがな	
	企業・団体名	
	ふりがな	
	代表者名	印
参加単位	<input type="checkbox"/> 企業・団体全体 (参加組織の従業員数※: 名) <input type="checkbox"/> 支店・営業所・事業所 (参加組織の従業員数 : 名) <input type="checkbox"/> その他 ( ) (参加組織の従業員数 : 名)	
企業・団体の所在地 担当者連絡先	所在地	〒
	担当者名	
	部署名	
	電話番号	
	F a x 番号	
	メールアドレス	
企業の業種または 団体の活動内容		
鳥取県ホームページへ の掲載名称等	掲載希望	希望する ・ 希望しない ※「希望する」に○をした場合、以下を記載
	企業・団体名	上記企業・団体名と同じ ・ 別( )
	URL	http://
鳥取県「健康づくり 応援施設」(禁煙分野)	参加希望	希望する(敷地内禁煙・建物内禁煙・分煙) ・ 希望しない

※ 非正規職員も含む。

裏面にもご記入ください。

**がん検診受診率を高めるために取組んでいる(取組もうと思われる)活動がありましたら、下記にチェックをしてください(複数選択可)**

**【必須項目】**

- (1) 5がん検診の受診勧奨  
社員への呼びかけ  
社内での啓発ポスター掲示  
特定部署への検診義務化  
社員個人、家族への要請  
自治体のがん検診の紹介  
その他( )

- (2) 企業等内で実施された5がん検診の受診状況の県への情報提供  
 情報提供の可否及び期間について記入してください。

区分	提出の可否 (いずれかに○)	提出可能な期間(予定を含む)
胃がん検診	可能・不可	平成 年度 ～
肺がん検診	可能・不可	平成 年度 ～
大腸がん検診	可能・不可	平成 年度 ～
子宮がん検診	可能・不可	平成 年度 ～
乳がん検診	可能・不可	平成 年度 ～
その他 ( )	可能・不可	平成 年度 ～

**【選択項目】**

- (1) 企業等方針としての打ち出し  
企業方針、グループ方針としての表明  
その他( )

- (2) 従業員に対するがんの予防及び検診の重要性等についての正しい知識の普及  
従業員へのチラシ配布  
社内電子掲示板への情報掲載  
社内報などでの情報掲載  
勉強会・研修会の開催  
その他( )

- (3) 従業員が、がん及び生活習慣病の予防に取組むための環境づくりへの配慮  
職場内における受動喫煙への配慮  
職場内での運動などによる生活習慣病予防  
その他( )

- (4) 従業員に対するがん検診の実施又は検診を受診しやすい環境への配慮  
就業時間内における検診時間の確保  
無料検診・費用一部負担  
検診車活用  
その他( )

- (5) 顧客等に対するがん検診受診の呼びかけ  
顧客窓口でのパンフレットの配布  
顧客窓口でのポスター掲示  
名刺や封筒等へのロゴマークを活用した情報発信  
がん検診の受診啓発イベントの実施  
企業独自の企画を目的とした自社製品の商品化等の展開  
取引企業に対する情報提供  
その他( )

- (6) 県が実施するがん検診受診率向上に係る啓発等、がん対策推進の取組みへの協力  
 ( )

- (7) 要精密検査者に対する精密検査を受診しやすい環境への配慮  
就業時間内における検診時間の確保  
費用一部負担  
その他( )

- (8) 従業員に対する、がん療養及び家族看護しやすい環境への配慮  
勤務時間への配慮  
その他( )

- (9) 従業員が、がん経験を理由に不利益な扱いを受けないよう配慮  
社内人権研修  
その他( )

- (10) その他、がん検診の受診促進に関わる積極的な取組  
 (ご自由にお書きください)

**添付書類**

**企業の場合**

- (1) 「会社案内」あるいは「活動内容がわかる書類」のいずれか

**団体の場合**

- (1) 会則  
 (2) 組織概要  
 (3) その他当該団体の活動内容がわかる書類