

(様式第 5 号)

特定保健指導実施施設確認書

事業者名	
------	--

保健指導実施施設の状況（施設型 及び 遠隔型）
以下、保健指導を実施する施設の状況に関して当てはまるものの□にチェックし、記入ください。
<input type="checkbox"/> 保健指導を実施する施設を仙台市内に有している。（複数ある場合は適宜欄を追加して記載）
名称：_____
所在地：_____
<input type="checkbox"/> 個別指導を行う際、対象者のプライバシーが十分に保護される施設(部屋)が確保されている。
<input type="checkbox"/> 運動の実践指導を行う場合には、安全に運動できる施設を有している。
<input type="checkbox"/> 運動の実践指導を行う場合には、救急時における対応マニュアル(対応方法・連絡・報告体制等)の整備をしている。
<input type="checkbox"/> 運動の実践指導を行う場合には、自動体外式除細動器(AED)等の応急処置のための設備を有している。
応急処置の設備名：_____
<input type="checkbox"/> 運動の実践指導を行う場合には、事業所内において救急対応のトレーニングをおこなっている。
<input type="checkbox"/> 健康増進法第二十五条に定める受動喫煙の防止措置が講じられている。
<input type="checkbox"/> 対象者にあわせて利用しやすいよう、土・日・祝日・夜間等に保健指導を実施する予定がある。
<input type="checkbox"/> 有の場合 (実施予定 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 夜間(18:00 以降))

- ※添付書類 施設全体平面図(マーカー等で相談室予定スペースを明記すること)
 写真(建物全景, 相談室, 運動施設(運動の実践指導を行う場合のみ))
 救急時の対応マニュアル(運動の実践指導を行う場合のみ)