

にいがたヘルスパートナー登録申請書

年 月 日

（あて先）新潟市長

申請者 所在地 **新潟市中央区** ●●
 名称 ○△製作所
 代表者名 代表取締役 花野 小町

令和3年度から
代表者の押印は
不要となりました。

にいがたヘルスパートナー登録制度実施要綱（以下「要綱」という。）第6条の規定により、次のとおり登録を申請します。

事業所等の名称	○○製作所	健康経営部門：健康経営の実践 事業実施部門：健康関連のサービスを企画・提供 健康支援部門：健康経営・事業実施部門の活動を支援 情報発信部門：情報発信
所在地	〒950-0000 新潟市	
登録部門 （複数選択可）	<input checked="" type="checkbox"/> 健康経営 <input checked="" type="checkbox"/> 健康支援 <input type="checkbox"/> 健康情報発信	
実施可能な 取組内容	<市民向けの取り組み、自社の従業員向け> 共通PRパンフレットの配布 共通PRポスターの掲示 市のイベント等で配布する販促品の提供 減塩食品・メニューの提供 <他企業の「健康経営」に役立つサービス・製品等> 社員の福利厚生サービスの提供（施設利用や割引等） 健康経営のサポート（相談・支援等） 健康関連の情報提供や商品の紹介	市民向け 市の事業への協力や 企業独自のイベント等での啓発など
新潟市ホームページへの掲載希望	<input checked="" type="checkbox"/> 市内全域 <input type="checkbox"/> 一部区域のみ（北・東・中央・江南・秋葉・南・西・西蒲） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
連絡先	担当部署	「希望する」を選択した場合、登録事業所の一覧に掲載します。 「希望しない」を選択した場合は、理由もご記入ください。
	担当者名	
	電話番号	
	メールアドレス	

企業向け
 貴社の業種を活かした他企業への協力など
 ※健康経営部門のみの登録の場合は記入不要です。

※にいがたヘルスパートナー申請における登録資格確認事項を添付してください。