（第１号様式）

風しん予防推進協力法人登録申請書

　　年　　月　　日

　神奈川県知事　殿

所在地

法人・団体名等

代表者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 内　　　　容 | |
| 団体名 | ※登録証に表記しますので正式名称を略さずご記入ください。 | |
| 所在地 | 〒　　　－ | |
| 担当部署 |  | |
| ふ　り　が　な |  | 電話番号 |
| 担当者氏名 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | 風しんに関する県からのメール送信  可　　否 |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞURL |  | 県ホームページ上での法人ホームページ紹介  可　　否 |
| 活動内容  ・1～7の該当する項目に○を付けてください。  ・３つ以上該当することが登録要件となります。 | １　県が発行するポスター・チラシを食堂や事務所等、従業員の出入りの多いところに掲示又は配架する  ２　社内報等の広報ツールにより風しん予防の必要性について呼びかける  ３　上司及び産業医等が風しんの予防接種をうけるよう呼びかけを行い、接種しやすい環境づくりを行う  ４　予防接種の費用に対する助成を行う  ５　定期健康診断の受診項目に抗体検査を追加する  ６　法人のホームページに風しん予防（県ホームページ）のページにリンクするバナーの表示を行う  ７　顧客等に対してリーフレット等を配布する | |
| 活動を実施する  県内事業所数 | か所 | |
| 啓発グッズ  希望部数 | 登録終了後、登録証とポスター１部、ちらし５部を送付します。  追加送付を希望の場合は、以下にご記入ください。  ポスター　　　　部  ちらし　　　　　部  事業所毎に送付も可能です。ご希望の場合は送付先（郵便番号、住所、部署等）を任意様式でお送りください。　　希望あり | |