

あなたの事業所も「かながわ卒煙サポートネットワーク」に参加しませんか？

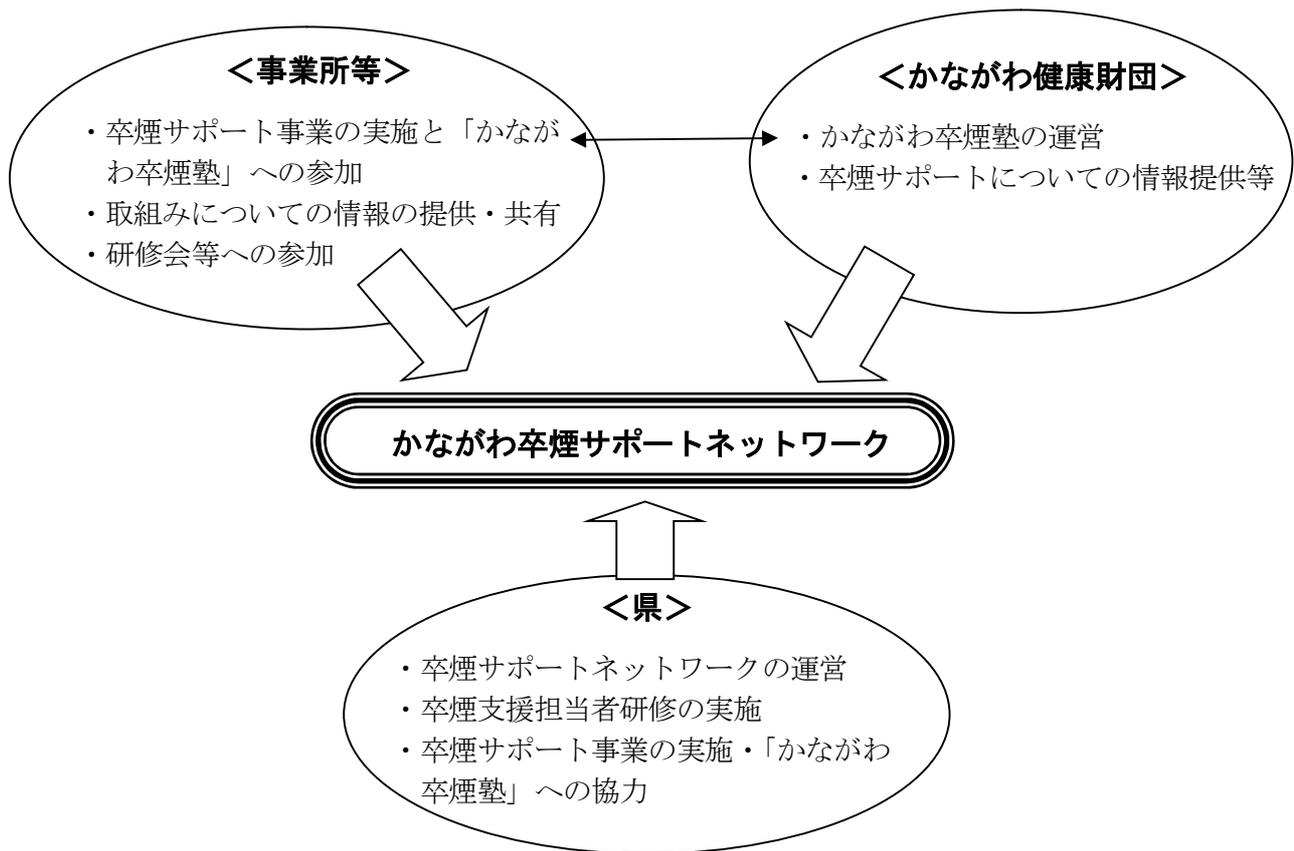
～「かながわ卒煙サポートネットワーク」とは～

神奈川県では、たばこによる健康への悪影響から県民の健康を守るため、地域と職域とを通じた卒煙サポートの充実を目指しています。そこで、卒煙サポートに取り組んでいる事業所及びこれから取り組みたいと考えている事業所にご参加いただき「かながわ卒煙サポートネットワーク」を運営しています。

参加を希望される事業所は、別紙「かながわ卒煙サポートネットワーク参加申出書」を神奈川県にご提出ください。

[ネットワークの主な取組は？]

- ① 連絡会を設け、卒煙サポートに関する情報交換や情報の共有を図ります。
- ② 卒煙サポートを担当する方々を対象とした研修会を開催します。
- ③ 卒煙支援や卒煙しやすい環境づくりを推進します。そのスタートアップとして事業所のみなさんとともに「かながわ卒煙塾」を実施し、推進方策を検討します。
- ④ かながわ健康財団と県が、みなさんの卒煙サポートの取組を支援します。



[応援します！卒煙サポートの取組]

- 県 は ・ 卒煙サポートを担当する方を対象とした研修会の開催等、卒煙に役立つ資料の提供や技術的支援を行います。
- 健康財団は ・ 「かながわ卒煙塾」の運営及び卒煙サポートに関する情報を提供します。

「かながわ卒煙塾」にご参加ください

かながわ健康財団では、「仲間と一緒に♪明るく♪楽しく♪卒煙チャレンジ♪」を合言葉に、たばこをやめたい方やたばこをやめてもらいたい方の卒煙（たばこをやめること）を応援する「かながわ卒煙塾」を開講しています。

皆様方の事業所も是非ご参加ください。

[あなたの事業所が「かながわ卒煙塾」に参加するには？]

1 卒煙教室等を開講して参加する場合

- ① みなさんの事業所が開催する卒煙教室や卒煙セミナー等の事業名に「かながわ卒煙塾〇〇卒煙パワーアップ道場」、「かながわ卒煙塾〇〇スッキリ卒煙教室」など、「かながわ卒煙塾」の名称と皆さんの事業所らしい、ユニークでインパクトのある名称やキャッチフレーズを付けてください。
- ② 参加者の方々の卒煙宣言書を取りまとめ、かながわ健康財団に提出してください。

2 卒煙教室等の開講が難しい場合には

- ① 事業所内で実施している卒煙相談を受けた方々や保険者が実施する特定健診の保健指導として卒煙サポートを実施した方々に「かながわ卒煙塾への参加」(卒煙宣言書の提出)を呼びかけてください。
- ② 卒煙宣言書を取りまとめ、かながわ健康財団に提出してください。
※ ご本人が直接かながわ健康財団に卒煙宣言書を提出していただいても結構です。
その場合、卒煙宣言書の余白に事業所名をご記入ください。

[卒煙宣言すると？]

- 「かながわ卒煙塾」向け「禁煙マラソン」を無料で利用できます。
- 卒煙証等の贈呈

卒煙状況の報告に基づき、卒煙された方に卒煙証と記念品を、担当者宛、一括してお送りします。

[かながわ卒煙塾ホームページ]

「かながわ卒煙塾」に関する最新情報は、かながわ健康財団ホームページの「かながわ卒煙塾掲示板」でお知らせします。

<http://www.khf.or.jp/gan/sotsuen.html>

[問合せ先]

★「公益財団法人かながわ健康財団」は！

皆様方の健康づくりやがん予防の取組みを応援する事業を行っています。

電話 045-243-6933

<http://www.khf.or.jp/index.html>

神奈川県がん・疾病対策課

〒231-8588 横浜市中区日本大通1

電話：045-210-5025 E-MAIL:sotsuen@pref.kanagawa.lg.jp

(別紙様式)

問合せ・申込み先

神奈川県がん・疾病対策課がん・循環器対策グループ

TEL : 045-210-5025 (直通) E-mail : sotsuen@pref.kanagawa.lg.jp

かながわ卒煙サポートネットワーク参加申出書

年 月 日

神奈川県知事 殿

事業所名等

代表者名

かながわ卒煙サポートネットワークへの参加を届け出ます。(※全項目回答必須となります。)

| | |
|--|--|
| 参加事業所名 | |
| 代表者役職・氏名 | |
| 所在地 | |
| 担当者所属・氏名 | |
| 担当者連絡先 | TEL: _____ FAX: _____ E-MAIL: _____ |
| 参加内容 | ・卒煙サポートに関する情報交換、情報共有、卒煙サポートセミナー・卒煙塾への参加 等 ・県からの情報提供 等 |
| 卒煙サポートネットワーク参加者名簿への掲載について | 卒煙サポートネットワークへ参加いただいた方は、ネットワーク参加者用の名簿に掲載の上、参加者同士で名簿の共有を行い、活用していただけます。名簿はネットワーク参加者、かながわ健康財団及び県たばこ対策担当者のみが利用するものです。 |
| 名簿掲載内容 (掲載可能情報にチェックを入れてください。メールアドレスは必須となります。) | ※担当部署のメールアドレス _____ (部署が難しいようでしたら個人のメールアドレスでかまいません。その場合は、異動の際に、異動先の部署名及び連絡先を県健康増進課たばこ対策グループまで御連絡ください。) <input type="checkbox"/> 事業所・部署名 _____ <input type="checkbox"/> 担当者名 _____ <input type="checkbox"/> 所在地 _____ <input type="checkbox"/> URL _____ <input type="checkbox"/> 電話番号 _____ <input type="checkbox"/> 卒煙サポートの取組内容 _____ |

(別紙様式記載例)

かながわ卒煙サポートネットワーク参加申出書

年 月 日

神奈川県知事 殿

〇〇株式会社 △△事業部
△△事業部長 □□ □□

かながわ卒煙サポートネットワークへの参加を届け出ます。(※全項目回答必須となります。)

| | |
|--|--|
| 参加事業所名 | 〇〇株式会社 △△事業部 ☆☆事業所 |
| 代表者役職・氏名 | ☆☆事業所長 ◎◎ ◎◎ |
| 所在地 | 〇〇市…………… |
| 担当者所属・氏名 | 〇〇部△△課☆☆室 □□ □□ |
| 担当者連絡先 | TEL: FAX: E-MAIL: |
| 参加内容 | ・卒煙サポートに関する情報交換、情報共有、卒煙サポートセミナー・卒煙塾への参加 等 ・県からの情報提供 等 |
| 卒煙サポートネットワーク参加者名簿への掲載について | 卒煙サポートネットワークへ参加いただいた方は、ネットワーク参加者用の名簿に掲載の上、参加者同士で名簿の共有を行い、活用していただきます。名簿はネットワーク参加者、かながわ健康財団及び県たばこ対策担当者のみが利用するものです。 |
| 名簿掲載内容 (掲載可能情報にチェックを入れてください。メールアドレスは必須となります。) | ※担当部署のメールアドレス sotsu-en@△△.jp (部署が難しいようでしたら個人のメールアドレスでかまいません。その場合は、異動の際に、異動先の部署名及び連絡先を県健康増進課たばこ対策グループまで御連絡ください。) ■事業所・部署名 _____ ■担当者名 _____ ■所在地 _____ ■URL <u>http://www.〇〇〇/△△</u> ■電話番号 _____ ■卒煙サポートの取組内容 ① <u>かながわ卒煙塾「〇〇リセット禁煙講座～目から鱗で今日から禁煙～」を開講</u> <u>開講時期 〇月〇日(予定)</u> <u>※ 卒煙サポート事業のキャッチフレーズなどがあれば記載してください。</u> ② <u>従業員向けに卒煙外来を開設し、「かながわ卒煙塾」への参加を勧奨</u> ③ <u>事業所内に卒煙を呼びかけるポスターを掲示</u> |