**沼田地区**

令和　　年度保健推進員報告書

令和　 年　 月　 日

　町

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区 | 氏　　名 | 住　　所 | 電話番号 | 員長  1名に〇印 | 副員長  1名に〇印 | 新･再 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

■ 推薦するうえで考慮していただきたいこと

* 任期は２年とする。ただし再選を妨げない（任期中・再選の場合も提出してください）。
* 男女を問わず、健康づくりに熱意を有する方
* 地域の実情に応じた健康づくりのための活動が可能な方
* 沼田市及び保健推進員会が企画する事業に参加協力できる方

■ 保健推進員長・副員長選出について

　　選出された中から、下記のとおり右側の欄にそれぞれ〇印をご記入ください。

　　　なお、保健推進員長については保健推進員理事を兼任していただきます。

保健推進員　１名の町：員長１名選出

２名以上の町：員長・副員長各１名選出

■ 主な仕事内容

* 市で実施する保健事業へ参加協力する。
* 保健事業を地域で必要と思われる人たちに紹介する。（ちらしの配布・声掛け 等）
* 健康講座等に参加し、健康に関する知識を深め、地域の人に伝える。
* 保健推進員会の活動へ参加する。（健康教室・講演会 等）

■ 報告書の利用目的

　　　保健推進員会の名簿作成、事務局からの連絡等に使用します。