第５号様式（第１２条関係）

にいがたヘルスパートナー取組報告書

　　年　　月　　日

（あて先）新潟市長

申請者　所在地

名　　称

代表者名

　にいがたヘルスパートナー登録制度実施要綱第１２条第２項の規定により、次のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 前年度の取組実績※具体的にご記入ください | ＜市民向けの取り組み、自社の従業員向けの取り組み等＞ |
| ＜他企業の「健康経営」に役立つサービス・製品等＞ |
| 今年度の取組予定※具体的にご記入ください | ＜市民向けの取り組み、自社の従業員向けの取り組み等＞ |
| ＜他企業の「健康経営」に役立つサービス・製品等＞ |
| 実施可能地域※一部の場合、実施可能な区域に○をつけてください | * 市内全域
* 一部区域のみ（　北・東・中央・江南・秋葉・南・西・西蒲　）
* その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 登録事項の変更（※１） | * 有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 無
 |
| 連絡先 | 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※１「登録事項の変更」欄には、事業所の名称、所在地、代表者氏名等の変更がある場合に

変更内容を記入してください。

※２　この報告書は、４月末日までに提出してください。期限までに提出されない場合、に

いがたヘルスパートナーとしての登録を抹消する場合があります。