

この案内は、令和5年11月28日に健康管理委員宛に
お送りしたものと同様のものです

「39歳以下の生活習慣病予防」
オンライン健康教室の開催について

貴社、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より、当組合の事業運営に対しまして格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、当組合では、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の見直しや改善によってリスク軽減が期待できる40歳以上の方を対象に「特定保健指導」を実施しております。

この度、昨年度の健診結果において、年齢制限がなければ特定保健指導の対象となる条件に該当する36歳～39歳の方を対象に、別紙のとおり、標記健康教室を開催することといたしました。

対象となられた方におかれましては、ご自身の身体の状態等を知り、生活習慣病対策の必要性に気付く良い機会となりますのでぜひ積極的なご参加をおまちしております。

つきましては、お忙しい中大変恐縮ではございますが、対象となられた方へのご周知等お願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

東京都電機健康保険組合 健康推進課

〒113-8566 東京都文京区湯島 3-15-4

TEL 03-3834-7217

FAX 03-3837-1270

39歳以下の生活習慣病予防 健康教室 開催要項

- 【開催日時】 令和6年1月24日（水） 14:00～15:00
- 【開催方法】 オンライン開催（Cisco Webex を使用）
- 【参加費用】 無料
- 【教室内容】
- ① 講義（55分）
 1. 今のうちに知っておきたい「生活習慣病」について
 2. 健診結果から身体の状態をみてみよう
 3. 生活習慣病対策のポイント
 4. 実際に対策を考えてみましょう！
 - ② アンケート記入（5分）
- 【申込方法】 別添「39歳以下の生活習慣病予防 健康教室 対象者一覧兼申込書」の「参加可否」欄にチェックをつけ、必要事項をご記入のうえ、メール FAX、郵送いずれかの方法でお申し込みください。
- 【申込先】
- メール : health_seminar@tokyo-denki-kenpo.org
- F A X : 03 (3837) 1270
- 郵 送 : 〒113-8566
- 東京都文京区湯島 3-15-4
- 東京都電機健康保険組合 健康推進課 宛
- 【申込期限】 令和5年12月15日（金）
- 【注 意 点】
- ◇メールでのお申し込みの際は、参加申込書を PDF ファイルにして添付のうえ、送信くださいますようお願いいたします。
- また、本メールアドレスはお申し込み専用アドレスのため、お問い合わせにつきましては、お電話にてよろしくようお願いいたします。
- ◇お申し込み受付後、資料の送付時に Cisco Webex の利用手順等を送付させていただきます。

「39歳以下の生活習慣病予防 健康教室」対象者一覧兼申込書

事業所記号 ()

◆参加の可否に✓をし、下段の資料送付先欄にご記入をお願いいたします。

番 号	名 前	参加の可否
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加

資料送付先	住 所	〒 -
	事業所名称	
	担当者名	
	連絡先	()

※ 資料はまとめてご担当者様へ送付いたします。

※ 一覧が複数枚にわたる場合、資料送付先は一枚目のみの記入で問題ございません。

申込は FAX または郵送でお願いいたします。

【F A X】 保健事業部 健康推進課 03-3837-1270