様式２

審査番号

特定保健指導活動の概要書

特定保健指導活動歴　（あなたの特定保健指導の主な活動履歴を記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 活動期間 | 事業者名、事業名など | 関わり方注）（該当するに○を付ける） | 対象者の概数 | 終了者の概数 |
|  |  | １ ２ ３ ４ ５ ６ |  |  |
|  |  | １ ２ ３ ４ ５ ６ |  |  |
|  |  | １ ２ ３ ４ ５ ６ |  |  |
|  |  | １ ２ ３ ４ ５ ６ |  |  |
|  |  | １ ２ ３ ４ ５ ６ |  |  |
|  |  | １ ２ ３ ４ ５ ６ |  |  |
|  |  | １ ２ ３ ４ ５ ６ |  |  |
|  |  | １ ２ ３ ４ ５ ６ |  |  |
|  |  | １ ２ ３ ４ ５ ６ |  |  |
|  |  | １ ２ ３ ４ ５ ６ |  |  |

|  |
| --- |
| 注）“関わり方”　　　主な関わり方を選んで、各欄の番号に○をつけてください1　特定保健指導事業の企画　　　　 ２　調整等の運営　　　　　 　３　積極的支援の担当　４　積極的支援の補助　　　 　５　動機付け支援の担当　　　 ６　動機付け支援の補助　 |