様式２(認定)

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（実績）を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 特定保健指導従事先（事業者名、事業所名） |  |
| 従事先種別※該当項目にチェック | □保険者（単一健保、協会けんぽ等）　□行政機関（都道府県・市町村等）□医療施設（病院・診療所等） 　□健診施設　　□栄養ケア・ステーション□民間企業（特定保健指導業務受託会社等）　□薬局□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 従事期間 | 西暦　　 　　年 　　月 　　日　～ □ 西暦　 　　　年　 　月 　　日□ 申請日現在に至る計　 　　　 年 　　ヶ月 |
| 従事する内容※該当項目にチェック（複数回答有） | □積極的支援 　□動機付け支援　　□初回面談 　□継続支援（面談）□継続支援（電話・手紙・メール）　　 □中間評価　　□最終評価□特定保健指導事業の企画 ・ 運営□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 従事期間に担当した対象者の概数 | 　　　　　　　　　　　　　　　人 |

※上記の特定保健指導業務従事先や期間に変更、中断がある場合は、特定保健指導従事先あるいは期間ごとに分けて、活動実績を記入して提出してください。