

사업장 통합건강증진 프로그램 신청서

기관명				
담당자명				
기관 정보	주소	❖ 담당자와 연락 가능한 번호를 남겨주세요		
	연락처	사무실	휴대전화	
구분		신청 일자 및 시기		
필수 프로그램		1) 건강증진 통합서비스 운영 2) 자기혈관숫자알기 레드서클ZONE 운영 3) 직장인 대상 정신건강 증진 [스·마·일] 프로그램 4) 구강질환상담 및 구강보건 교육 5) 더 걷기 동아리 운영 지원	☐	☐
선택 프로그램		6) 기업체로 찾아가는 한의약 건강관리	☐	☐
		7) 이동 금연클리닉 운영	☐	☐
		8) 절주 예방 교육 및 캠페인	☐	☐
		9) 바른자세 바른척추/ 비만예방 건강체조교실	☐	☐
		10) 심뇌혈관질환예방관리 건강강좌	☐	☐
		11) 치매예방 및 치매파트너 특강	☐	☐
건의사항				

상기 기관은 위와 같이 사업장 통합건강증진 프로그램을 희망합니다.

2024년 월 일
성명 : (인) 기관명 :