

(様式第6号)

特定保健指導実施施設確認書

事業者名	
------	--

保健指導実施施設の状況 ※自施設で保健指導を行う場合(遠隔を含む)
以下、保健指導を実施する施設の状況に関して当てはまるものの□にチェックし、記入ください。
☐ 個別指導を行う際、対象者のプライバシーが十分に保護される施設(部屋)が確保されている。
☐ 運動の実践指導を行う場合には、安全に運動できる施設を有している。
☐ 運動の実践指導を行う場合には、救急時における対応マニュアル(対応方法・連絡・報告体制等)の整備をしている。
☐ 運動の実践指導を行う場合には、自動体外式除細動器(AED)等の応急処置のための設備を有している。
<u>応急処置の設備名:</u> _____
☐ 運動の実践指導を行う場合には、事業所内において救急対応のトレーニングをおこなっている。
☐ 健康増進法第二十五条に定める受動喫煙の防止措置が講じられている。
☐ 対象者にあわせて利用しやすいよう、土・日・祝日・夜間等に保健指導を実施する予定がある。
☐ 有の場合 (実施予定 ☐ 土曜日 ☐ 日曜日 ☐ 祝日 ☐ 夜間(18:00以降))

- ※添付書類 ☐ 施設全体平面図(マーカー等で相談室予定スペースを明記すること)
 ☐ 写真(建物全景、相談室、運動施設(運動の実践指導を行う場合のみ))
 ☐ 救急時の対応マニュアル(運動の実践指導を行う場合のみ)