**ポイント事業に御協力いただける医療機関**は、こちらの様式により御提出ください。

宛て先：　海田町福祉保健部長寿保険課

ＴＥＬ　　　０８２－８２３－９６０９

ＦＡＸ番号　０８２－８２３－９６２７

e-mail：[chouju@town.kaita.lg.jp](mailto:chouju@town.kaita.lg.jp)

**海田町高齢者いきいき活動ポイント事業の実施に伴う健診等の際のスタンプ押印協力について**

１～３の該当する項目(登録を希望する項目)について、□欄にレ点を付けて、本様式をEメールまたはＦＡＸにて御提出ください(※１)。

※１　下記１～３にチェックして御回答いただいた場合、ポイント事業で使用する押印用スタンプを送付させていただきます。なお、複数チェックしていただいた場合でも、スタンプの送付は１個です。

１　健診及び検診の実施について

□　特定健診等を実施しており、受診者にスタンプを押印することができる。

（特定健康診査、後期高齢者健康診査、被爆者健康診断、被爆二世健康診断、がん検診（胃、肺、大腸、前立腺、子宮、乳。被爆者がん検診を含む。）、骨粗しょう症、肝炎ウイルス検診のいずれかを実施）

２　医療機関におけるボランティアの受入れについて

　□　清掃、配膳、洗濯などのボランティアを行う高齢者を広く受け入れており、活動者にスタンプを押印することができる。

３　医療機関が主催する介護予防活動の実施について

　□　高齢者が広く参加できる健康教室などの介護予防活動を主催しており、参加者にスタンプを押印することができる。

　　※　介護保険サービスであるデイサービス事業は対象ではありません。

※２　ホームページ等での公表について

□　同意する　　□　同意しない

　医療機関名：

　所在地：〒

　代表者名：

　担当者名：（必須）

　連絡先電話番号：（必須）

　ＦＡＸ番号：

メールアドレス：

※２　町ＨＰ等での公表に同意をいただける医療機関については、医療機関名、所在地及び電話番号を公表させていただきます。