

事業所名	
------	--

該当するものに☐をお願いします。

**事業所について**

従業員数		男女比	
年齢構成		加入している 健康保険組合	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( ) 支部
			<input type="checkbox"/> その他 ( )
事業形態 (事業内容)		勤務形態	勤務時間の設定 <input type="checkbox"/> 定時勤務 <input type="checkbox"/> シフト制 (交代勤務を含む) <input type="checkbox"/> フレックスタイム制 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> ハイブリッド勤務 (出社とリモートの併用) <input type="checkbox"/> リモートワーク <input type="checkbox"/> その他 ( )

**健康経営に関すること**

健康経営に関する 取組公開状況	<input type="checkbox"/> 自社ホームページ URL	<input type="checkbox"/> その他 ( )
取組の開始時期		
取組を始めた きっかけ		
担当者の思い、困っていること、行政に期待することなど、ございましたらご記入ください。		